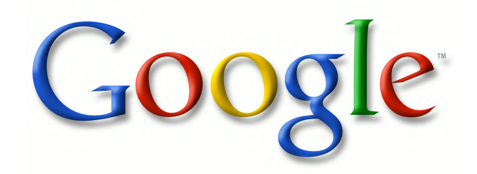
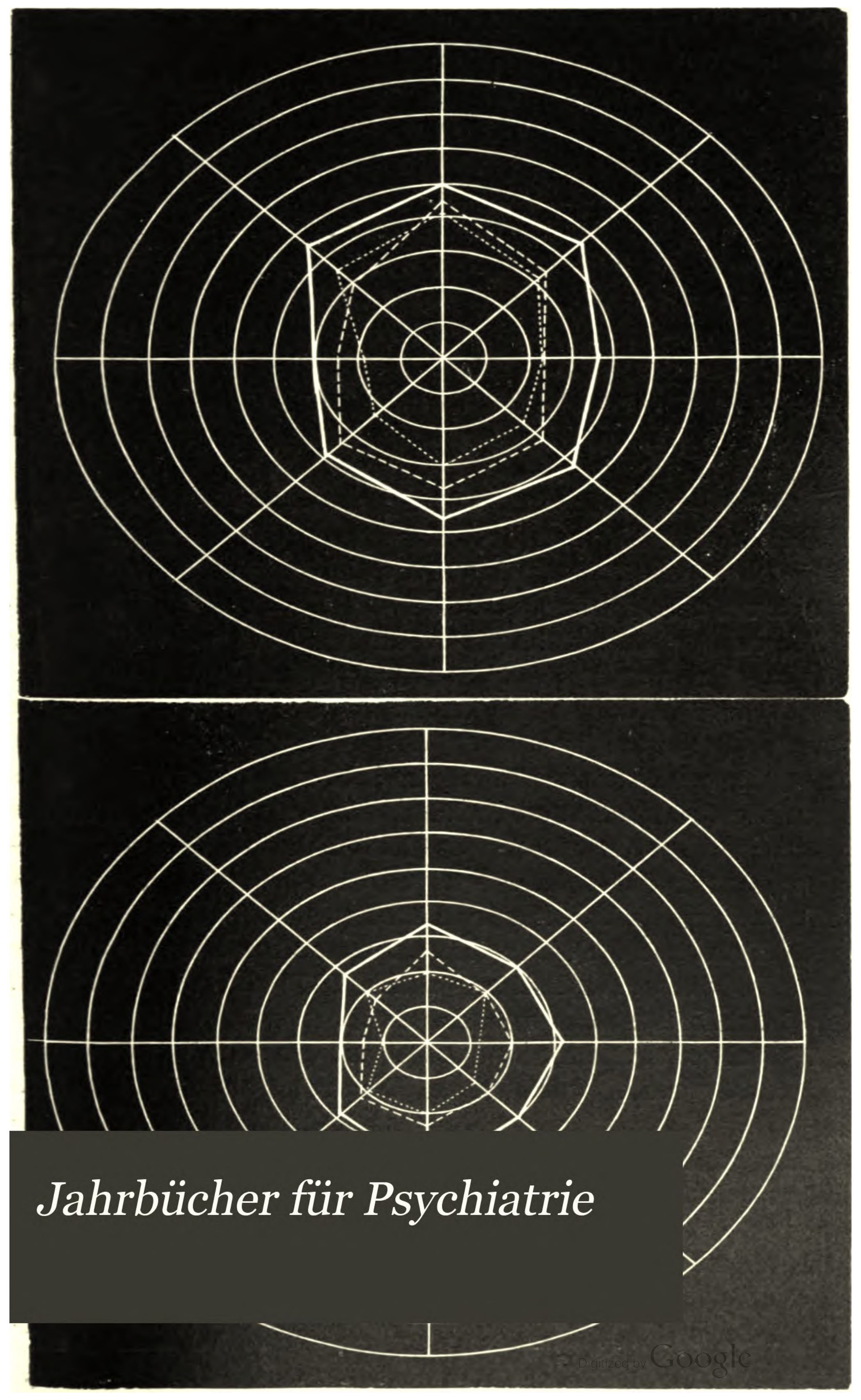
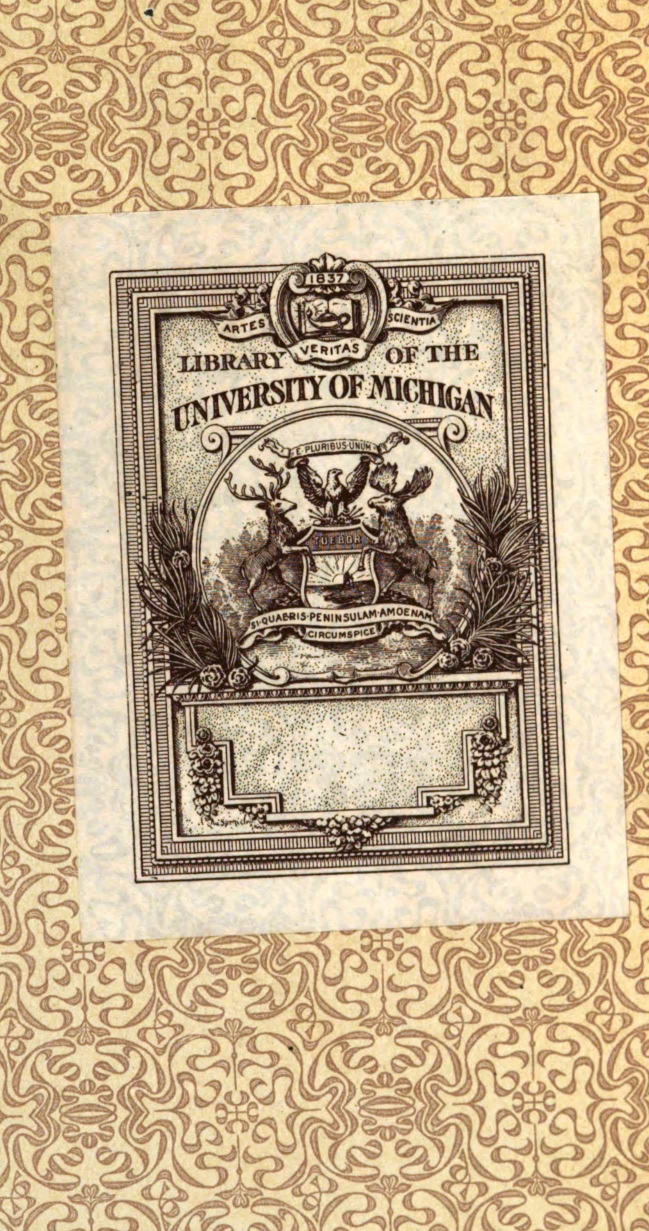
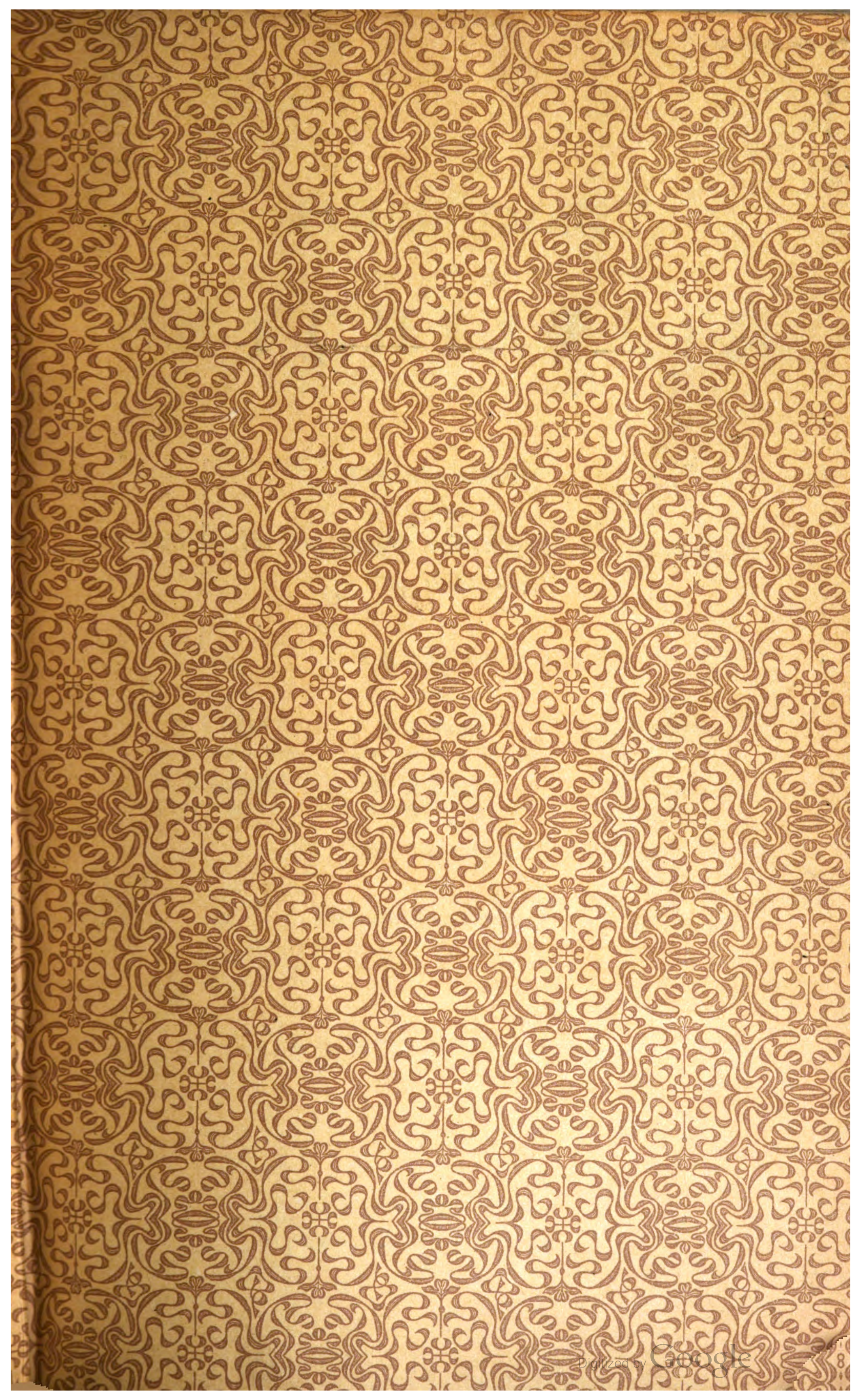



Jahrbücher für Psychiatrie


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



JAHRBÜCHER

für

PSYCHIATRIE.

HERAUSGEGEBEN

vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie

in Wien.

REDIGIRT

von

Dr. J. Fritsch,
Univ.-Docent in Wien.

Dr. M. Gauster,
Regierungsrath in Wien.

Dr. v. Krafft-Ebing,
Professor in Graz.

Dr. M. Leidesdorf,
Professor in Wien.

Dr. Th. Meynert,
Professor in Wien.

Dr. A. Pick,
Professor in Prag.

Unter Verantwortung

von

Dr. J. Fritsch.

ACHTER BAND.

LEIPZIG UND WIEN
FRANZ DEUTICKE.
1889.

Die Herren Mitarbeiter erhalten von ihren Artikeln 25 Separat-Abdrücke unberechnet, eine grössere Anzahl auf Wunsch gegen Erstattung der Herstellungskosten.

Inhalt des achten Bandes.

Seite

Ueber Neurosen und Psychosen durch sexuelle Abstinenz.[1])

Von

Prof. v. Krafft-Ebing.

In Laien- wie auch in ärztlichen Kreisen gilt vielfach die Anschauung, dass nicht befriedigter Geschlechtstrieb, namentlich beim weiblichen Geschlecht, die Ursache von Neurosen und selbst Psychosen sei und ohne diese Thesis auf ihren wissenschaftlichen Werth zu prüfen oder im concreten Fall die Thatsache festzustellen, empfiehlt man als rationelles Heilmitttel die Ehe.

Mit welchem Erfolg diese Verordnung befolgt wird, davon wissen unglückliche Eheleute, Nerven- und Irrenärzte zu berichten.

Gegenüber einer so wichtigen praktischen Frage verlohnt es sich wohl der Mühe zu untersuchen: 1. Ob Abstinenz vom Geschlechtsgenuss der Nerven- und psychischen Gesundheit überhaupt Schaden bringen kann.

2. Aus welchen Krankheitserscheinungen im Einzelfall das besondere ursächliche Moment der Abstinenz sich ergibt.

Bedenkt man, dass die Vita sexualis einen mächtigen Factor im geistigen und leiblichen Dasein des Individuums darstellt und dass die Enthaltung von geschlechtlicher Thätigkeit entschieden unphysiologisch ist, so könnte man a priori versucht sein, die Frage zu bejahen und für die Hygiene des Körpers und des Geistes den Coitus zu empfehlen; bei näherem Eingehen auf die

---

[1]) Marc, d. Geisteskrankheiten übersezt v. Ideler I. p. 233: II, p. 137: Dictionnaire des sciences médicales art. continence; Ball, leçons cliniques p. 577; Axenfeld, traité des nevroses p. 1076.

Frage zeigt sich aber, dass sie nur individuell beantwortet werden kann. Der Einfluss sexueller Abstinenz ist in seinen Wirkungen abhängig von der Persönlichkeit des Abstinirenden, speciell von seiner Constitution und der Intensität seines Triebs. In dieser Hinsicht ergeben sich individuell grosse Differenzen. Man kann die Menschen eintheilen in solche von normaler Veranlagung und geschlechtlicher Bedürftigkeit und solche von neuropathischer Constitution, mit welcher vielfach eine abnorm starke geschlechtliche Bedürftigkeit verbunden ist.

Die Abstinenz wird bei der ersteren Gruppe niemals Gefahren für das Nerven- und Geistesleben mit sich bringen.

Albrecht von Haller hat die Wirkungen der Enthaltsamkeit an sich beobachtet und beschrieben.

Er beobachtete anfangs an sich Fluxion, Kopfweh, Unwohlsein, aber nach kurzer Zeit schwand die Libido sexualis und zunehmendes Gefühl grösserer körperlicher und geistiger Frische und Kraft machte sich geltend. Bei manchen noch so gut veranlagten Männern mögen die Regungen des nicht erfüllten und zum Erlöschen verurtheilten Triebes sich länger und intensiver geltend machen, als es bei Haller der Fall war, aber zweifelsohne wird die Abstinenz jedem normal constituirten Manne gelingen und unschädlich sein. Passende geistige Diät, Fernhaltung von die geschlechtliche Sphäre erregenden Vorstellungen, ernste geistige und berufliche Thätigkeit, frugale Kost und reichliche Leibesbewegung werden dabei von Nutzen sein.

Beim normal veranlagten Weibe, da es von Natur aus weniger geschlechtsbedürftig ist als der Mann, wird sowohl das Nichteintreten geschlechtlichen Verkehrs als auch der Verzicht auf bisher gewohnten (Witwen) sich weniger fühlbar machen als beim Manne.

Auch hier werden ein der ehelichen Versorgung äquivalenter Beruf, geistige und leibliche Diätetik Nützliches leisten. Der Erkenntniss dieser anthropologisch wissenschaftlichen Thatsache, dass nämlich das normal veranlagte Weib an und für sich weniger geschlechtsbedürftig und demgemäss weniger sinnlich ist als der Mann, dass der sexuelle Verkehr beim ersteren mehr nebensächliche Bedeutung hat, Mittel zum Zwecke ist, stehen mannigfache, wohl noch aus den ältesten Zeiten naturwissenschaftlicher Forschung stammende Vorurtheile gegenüber.

Schon bei Plato findet sich die Anschauung, dass der Uterus ein Thier sei, das um jeden Preis concipiren wolle und wenn dies ihm nicht vergönnt werde, in Furor gerathe, im Leib aufsteige. Den Globus der Hysterischen erklärte er sich mit dem bis zum Hals hinaufgeschnellten, sexuell unbefriedigten Uterus und so mag es gekommen sein, dass man bis auf unsere Zeiten der sexuellen Nichtbefriedigung eine grosse Rolle in der Entstehung der Hysterie zuschrieb. Ganz mit Unrecht, denn bei der Mehrzahl der Hysterischen ist die Libido tief herabgesetzt. Eine scheinbare Bestätigung für den Einfluss geschlechtlicher Nichtbefriedigung auf das Nervensystem enthält eine Notiz Axenfeld's (traité des nevroses, p. 1094), wonach Thierärzte bei weiblichen Thieren, die man an der Begattung hinderte, nervöse Zufälle ähnlich hysterischen gesehen haben wollen.

Diese an und für sich interessante Beobachtung ist aber in keiner Hinsicht beweisend, da die Brunstzeit des Thieres kein Analogon beim menschlichen Weibe findet und die Zurückführung jener Zufälle auf sexuelle Nichtbefriedigung keineswegs feststeht.

Dass man den Hysterischen Unrecht thut, insoferne man sie für sexuell unbefriedigt hält, ergibt sich klar aus Briquet's Forschungen, der Hysterie bei in ernstem Beruf Befriedigung findenden Nonnen selten und dagegen bei der Hälfte aller Prostituirten, die er in St. Lazare untersuchte, constatirte.

Anders ist die Sache bei Individuen sowohl männlichen als weiblichen Geschlechts, die neuropathisch constituirt sind und bei welchen als Theilerscheinung ihrer Belastung ein äusserst lebhafter Sexualtrieb sich vorfindet.

Für solche Individualitäten kann die erzwungene Abstinenz allerdings ernste Gefahren bezüglich der Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheit herbeiführen und durchaus antihygienisch sein.

Selten stösst man hier auf reine Fälle, da in dem Kampf zwischen Sinnlichkeit und Vernunft die erstere in der Regel Sieger bleibt und der Geschlechtstrieb alle Schranken der Sitte durchbricht oder wenigstens durch Masturbation befriedigt wird.

Damit reducirt sich das Beobachtungsmaterial gewaltig. Meine Erfahrung, dass nur Belasteten die Abstinenz Schaden bringen kann, finde ich in Uebereinstimmung mit Arndt (Lehrb. der Psychiatrie, p. 302).

Welche peinliche Situationen derartige Belastete in der Zurückdrängung ihres excessiven Naturtriebes durchzumachen haben, weiss jeder Neuropathologe.

In allen Fällen ist eine mächtige Steigerung der Libido sexualis, die nur lasciven Bildern im Bewusstsein Verweilen gestattet, vorhanden. Es entsteht ein allgemeiner nervöser Erregungszustand bis zu wahrem Erethismus cerebralis. Die erregte Phantasie und erleichterte Ideenassociation findet in den fernstliegenden Vorstellungen und Wahrnehmungen Reize zur Steigerung der Libido. Es kann sogar zu Hallucinationen kommen. Der Schlaf fehlt. Die sensiblen, sensoriellen und reflectorischen Functionen befinden sich im Zustand gesteigerter Erregung und Erregbarkeit.

Schwere Neurosen (Neurasthenie), Nymphomanie, Satyriasis, Zustände von (erotisch) hallucinatorischem Wahnsinn können sich bei Andauer dieses nervösen Erregungszustandes entwickeln. Ein derartiges Bild entwirft Zola in seinem bekannten Roman „Pastor Mouret" möglicherweise nach dem Fall des von Buffon in seiner Histoire naturelle erwähnten Geistlichen (vgl. diesen Fall bei Marc, die Geisteskrankheiten, übersezt von Ideler II, p. 137.

Auch in Ideler's Grundriss der Seelenheilkunde, Theil 2, S. 488 bis 492, finden sich aus Zimmermann's Werk über die „Einsamkeit" Beispiele von wollüstigen hallucinatorischen Delirien, vielfach verquickt mit mystisch-religiösen (zu denen das erregte Sexualleben bekanntlich disponirt) zusammengestellt. Sie betreffen zur Enthaltsamkeit verurtheilte Anachoreten und Nonnen, die ihr Gelübde standhaft durchführten. Ein classisches Beispiel ist unter anderen die Versuchung des heil. Antonius.

Eine geläufige Thatsache der Erfahrung ist, dass reifere Mädchen, im Uebergang zur alten Jungfer, also etwa vom 25. bis zum Anfang der 30er Jahre, oft nervös werden, unangenehme Eigenschaften des Charakters (Nervosität, Verbissenheit, Neigung zur Intrigue, überhaupt Anderen wehe zu thun u. s. w.) zeigen und nicht so selten in Geistesstörung verfallen.

Diese Wahrnehmung bespricht auch Hegar (Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden, Stuttgart 1885, p. 45), indem er den nachtheiligen Einfluss der Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes oder auch „ideellerer Gefühle" auf das

Weib, bei dem dann meist „Chlorose" diagnosticirt wird, anerkennt. Soweit ich die Psyche des Weibes kenne, möchte ich den Hauptaccent auf die Nichtbefriedigung idealer Gefühle (gesicherte Lebensstellung als Ehefrau und Mutter) und nicht auf die der Sinnlichkeit legen, denn bei Frauenzimmern, die eine äquivalente ehelose befriedigende Lebensstellung fanden, bleiben diese Wirkungen aus. Zugegeben muss aber werden, dass das Weib, welches seinen Beruf als Gattin und Mutter verfehlt, immer eine Verkümmerung an seiner echten und edleren Weiblichkeit erfährt. Jedenfalls vermögen Aesthetik, Kunst, Beruf u. s. w. den durch die Ehe erschlossenen ethischen Gefühlskreis nie vollkommen zu ersetzen. Hegar erwähnt als Symptom des in Folge sexueller Nichtbefriedigung hervorgerufenen Zustandes: Abmagerung, blasses Aussehen, Ueblichkeit, Zerschlagenheit im Kreuz, Kardialgien, trübe Gemüthsstimmung, schlechten Schlaf, verschiedene Menstruationsstörungen, besonders Dysmenorrhöe, Fluor u. s. w.

Ob und inwiefern in diesen Fällen Belastung und Masturbation concurrirten, erwähnt der erfahrene Gynäkologe nicht.

2. Der pathogenetische Weg, auf welchem die Nichtbefriedigung des Sexualtriebs eventuell die Nervengesundheit schädigt, ist ganz der gleiche wie der der Gesundheitszerrüttung durch sexuellen Abusus, speciell durch Onanie.

Es entwickelt sich hier zunächst eine genitale Neurose (durch beständige Erregung und Hyperämisirung der genitalen Organe vermöge der centralen Hyperaesthesia sexualis, bei mangelnder Entlastung und Ausgleichung der Erregung durch den Coitus), die immermehr die Centren im Lumbarmark im Sinne einer reizbaren Schwäche in ihren Bereich zieht. Dadurch kommt es zu gehäuften shokartig wirkenden schwächenden Pollutionen (beim Weib finden sich analoge Vorgänge ausgelöst durch lascive Traumbilder, bestehend in unter Wollustgefühl sich vollziehender peristaltischer Bewegung der Tuben und des Uterus mit Auspressung des in ihnen enthaltenen Schleimes). Immer deutlicher werden im Verlauf die Erscheinungen der Lendenmarksneurose und diese entwickelt sich schliesslich zur allgemeinen Neurasthenie.

Spielen sich diese Vorgänge auf dem Boden einer Belastung ab, so kann es zu Psychosen kommen, die je nach der Schwere

der Belastung sich als (hypochondrische) Melancholie oder Wahnsinn oder als Paranoia oder Irresein in Zwangsvorstellungen entwickeln.

Als Resumé dieser Untersuchungen ergibt sich, dass nur bei Belasteten und zugleich sexuell besonders Bedürftigen die Unterdrückung des Triebes körperlich schädigend wirkt, und zwar bei Männern mehr als bei Weibern. Der Weg, auf dem diese Schädigung eintritt, ist die reizbare Schwäche des Genitalapparates mit Einschluss seiner Centren im Lendenmark, aus welcher sich eine allgemeine Neurasthenie entwickeln kann. Lässt sich diese Pathogenese nachweisen und Abusus oder irritirende Erkrankung der Genitalien ausschliessen, so muss auf sexuelle Abstinenz als Ursache geschlossen werden.

Psychisch mag die Abstinenz schädigend wirken, insoferne sie wesentlich gleichbedeutend ist mit Cölibat und Verzicht auf die ethischen Genüsse des Familienlebens. Dass dieser Factor beim Weib sich viel mehr geltend machen muss als beim Manne, ist selbstverständlich. Häufig genug entsteht daraus Hysterie. Es gibt Fälle, wo eine Frau darüber hysterisch wird, dass sie steril bleibt. Hier ist der Entstehungsweg der Hysterie doch nur ein psychischer. Hysterie durch Nichtbefriedigung des grob sinnlichen geschlechtlichen Triebes habe ich niemals gesehen. Nur für Neurasthenia (sexualis) ex abstinentia kann die Ehe ein Heilmittel sein, aber es ist rathsam, erst dann es zu ordiniren, wenn die Neurose erheblich gebessert ist. Jedenfalls erfüllt sich hier nicht ohneweiters das „cessante causa tollitur effectus".

Kahlbaum's Gruppirung der psychischen Krankheiten 1863.[1])

Von

Dr. Clemens Neisser
drittem Arzt an der Prov.-Irren-Heilanstalt zu Leubus.

Habent sua fata libelli!

Meine Herren!

Ich will Sie einladen, mit mir ein wissenschaftliches Jubiläum, welches in diesem Jahre fällig ist, Ihres Interesses und Ihrer Beachtung für werth zu halten!

Vor jetzt 25 Jahren wurde durch Kahlbaum unter dem Titel: „Die Gruppirung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen" ein Werk der Oeffentlichkeit übergeben, welches in seiner ganzen Anlage, durch die Art seines Aufbaues und durch das darin verfolgte Ziel so recht dazu angethan zu sein schien, die Anbahnung einer neuen Epoche in der Psychiatrie herbeizuführen. Griesinger äusserte sich noch in demselben Jahre 1863 folgendermassen über die Gruppirung: „Diese in ihrem kritischen Theile vorzügliche Schrift ist auch als ein Anzeichen, wie die Psychiatrie die ausgetretenen Wege zu verlassen und neue zu suchen anfängt, lebhaft zu begrüssen."

Frei von principieller Voreingenommenheit, unbeirrt durch rationalistische Tendenzen, in echt naturwissenschaftlicher Forschungsweise suchte Kahlbaum alle Krankheitsfälle, welche ihm aus eigener Beobachtung und aus der Literatur bekannt geworden waren, in ihrer Verlaufs- und Erscheinungsweise zu überblicken und nach Massgabe der hervortretenden Aehnlichkeiten beziehungsweise Verschiedenheiten zu ordnen und gewann so auf rein empirischem Wege eine neue Eintheilung, welche eben in seinem Buche „Die Gruppirung der psychischen Krankheiten" niedergelegt und näher begründet ist.

Hier drängt sich uns die Frage auf: Wie lässt sich eine rein empirische Aufstellung überhaupt näher begründen? Besteht nicht gerade darin der Gegensatz zu einem künstlichen

[1]) Vortrag, bestimmt für die 46. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 23. Februar 1888.

System, zu einer theoretischen Betrachtungsweise, dass diese letztere, sowie sie speculativ entstanden ist, der dialektischen Argumentation zu ihrer Stütze bedarf, während die empirisch gefundene Gruppirung nur durch die objective Naturbetrachtung selbst oder durch Vorführung von Beispielen als richtig erkannt werden kann? Sollte man demgemäss nicht erwarten, dass auch in diesem Werke der Beweis der Wahrheit durch eine grosse Zahl von der Natur abgelauschten Einzelschilderungen, durch ein imponirendes Material von Krankengeschichten geliefert werde? Gewiss ist dies die einzig mögliche Art der Beweisführung und Kahlbaum hat sich derselben auch keineswegs begeben. Wenngleich in seiner Abhandlung nicht ein einziges Krankenjournal seinen Platz gefunden hat, so finden wir doch in jeder Zeile den Hinweis auf concrete Krankheitsbilder, ohne deren hinreichende Kenntniss seine Darlegungen überhaupt nicht verstanden werden können. Die Mittheilung psychiatrischer Krankengeschichten muss, wenn sie einigen Werth haben soll, eine sehr ausführliche sein und sich über den ganzen, oft über viele Jahre ausgedehnten Verlauf erstrecken. Dadurch würde die Vorführung von solchen in genügender Anzahl aus dem gesammten Gebiete der Seelenheilkunde einen Umfang annehmen, der ihre Wiedergabe zu einer praktischen Unmöglichkeit macht. Zudem durfte sich Kahlbaum ja sagen, dass hinlängliches Erfahrungsmaterial jedem Fachgenossen zur Verfügung steht, so dass es im Allgemeinen nur eines kurzen markirenden Hinweises bedarf, um in jedem Augenblicke kenntlich zu machen, welche Gruppe von Fällen er gerade im Auge habe. Weil aber in dem Mangel an einschlägigen Fällen die Schwierigkeit **nicht** gelegen ist, weil alle Arbeiten der Vorgänger davon Zeugniss geben, dass ihnen ein reiches, im Grossen und Ganzen analoges Krankenmaterial vorgelegen hat, so erwuchs für Kahlbaum die weitere Aufgabe, nachzuprüfen, weshalb ihre Anschauungen über die nothwendige Eintheilung der Einzelformen untereinander und von der seinigen abweichend sich gestaltet hatten. Er musste diese Nachprüfung vornehmen, nicht nur um eine sicherere Aussicht auf Anerkennung für seine eigenen Darlegungen zu erzielen, sondern vor Allem, um sich zu schützen, dass er nicht gleichen Fehlern, wie frühere Forscher, in seiner Betrachtungsweise der Dinge unterliege.

So beginnt denn Kahlbaum's Buch mit einem knapp gehaltenen, aber vollständigen geschichtlichen Ueberblick. Alle bis dahin bestehenden Classificationsversuche der Geisteskrankheiten und die Betrachtungsweise derselben seitens der Autoren wurden mit Sorgfalt zusammengestellt und kritisch beleuchtet. Es wurde gezeigt, inwieweit sie Uebereinstimmendes, inwieweit sie Differenzpunkte aufwiesen; es wurden die Einseitigkeiten und Unvollständigkeiten der einen Aufstellungen, die Uebertreibungen und dialektischen Spitzfindigkeiten anderer dargethan, und es wurde endlich die zwingende Nothwendigkeit neu zu schaffender Grundlagen erwiesen, damit ein dauerhaftes wissenschaftliches Gebäude errichtet werden könnte.

Denn Zweierlei hatte sich mit Evidenz aus der allgemeinen historischen Umschau ergeben: erstens, dass alle Systematisirungsversuche bisher auf rationalistischer Grundlage, auf theoretischer Construction erwachsen waren, d. h. mit anderen Worten, dass sie durchweg künstliche Systeme darstellten; und zweitens, dass von keiner Seite fast auch nur der Versuch gemacht oder doch nicht consequent durchgeführt worden war (Guislain), die Krankheitsprocesse in ihrem natürlichen Ablaufe von Anfang bis Ende zu schildern; sondern man hatte sich damit begnügt, Symptomencomplexe, Zustandsbilder zu fixiren, und diese Zustandsbilder gaben die Positionen für die Eintheilung ab. Nur Wenige, vor Allen Flemming und Griesinger waren sich dabei vollbewusst, dass ihre Aufstellungen nur Habitualformen der Seelenstörungen wiedergaben, dass sie nur Zustandsbilder, nicht aber wirkliche Krankheitsprocesse in ihren charakteristischen Zügen gezeichnet haben. Sie waren der Meinung, dass die Zeit für eine bleibende, pathologisch begründete Eintheilung noch nicht gekommen sei, dass der dermalige Standpunkt der Gesammtwissenschaft ein solches Unternehmen nicht durchzuführen gestatte; sie verzichteten also selbst darauf, mehr als nur Provisorisches in der Classification zu liefern.

Es musste somit alles neu aufgebaut, neu geformt, neu geordnet werden.

Doch suchte Kahlbaum nach Möglichkeit aus den Arbeiten der Vorgänger das zu verwerthen und beizubehalten, was er auch nach seiner Erfahrung als empirisch begründet ansehen durfte. Und naturgemäss glaubte er dies um so unbedenklicher thun zu

können, wenn es sich um Darstellungen handelte, hinsichtlich deren bei einer ganzen Reihe von Forschern Uebereinstimmung zu herrschen schien. Dies schien nun hinsichtlich eines gleich näher zu kennzeichnenden Verlaufsschemas unzweifelhaft der Fall zu sein; ja, die Fälle, welche einen solchen Verlauf aufweisen, sind so häufig, dass Neumann, der geistvolle Vertreter des Non-Systems, von diesen Formen den Ausgangspunkt „des Irreseins" hernahm. Bekanntlich ist in kurzem Extract Neumann's Lehre die, dass „das Irresein", welches er als eine einheitliche Krankheitsspecies betrachtet wissen wollte, nach einer vorgängigen melancholischen Phase mit einem Stadium des „Wahnsinns" in die Erscheinung tritt, welches gewöhnlich mit gewisser psychischer Activität und körperlicher Agitation, „der Tobsucht" verbunden ist, dass hierauf, wenn nicht Genesung eintritt, ein Stadium der „Verwirrtheit" folgt, dessen Prognose übler ist als die des vorhergegangenen Stadiums und dass diese schliesslich nach kürzerer oder längerer Dauer in das Stadium des Blödsinnes übergeht.

Kahlbaum knüpfte nun seinerseits an diese Lehre an. Er verwarf zwar das Neumann'sche Princip, wonach es verschiedene psychische Krankheitsarten nicht geben solle; er zeigte, dass es eine ganze Reihe von Krankheitsfällen gebe, welche auch mit bestem Bestreben jener von Neumann als Regel behaupteten Verlaufs- und Erscheinungsweise „des Irreseins" nicht einzuordnen seien; er wies namentlich auf die im Geleite der Epilepsie, ferner auf die mit der Menstruation periodisch eintretenden Seelenstörungen hin. Aber andererseits konnte er sich doch der Thatsache nicht verschliessen, dass viele Fälle einen dem Neumann'schen Schema entsprechenden Verlauf in Wirklichkeit zeigen, und weil er in einer so häufigen Wiederkehr derselben Krankheitsentwickelung eine empirische Gesetzmässigkeit erblicken zu müssen meinte, fasste er diese Fälle zusammen zu einer selbstständigen Krankheitsform, der Vesania typica.

Es ist nun ein interessantes Factum, dass gerade diese Position in der Kahlbaum'schen Gruppirung, die einzige, mit welcher er direct an einen anderen Autor angeknüpft hat, dass gerade diese am wenigsten bisher allgemein adoptirt worden ist.

Es handelt sich für mich hier nicht darum, die Kahlbaumschen Positionen, weder die Typica noch irgend eine andere, specieller zu vertheidigen. Für eine so umfassende Aufgabe würden die einem Vortrage gesteckten Grenzen sich als viel zu eng erweisen. Für heute habe ich nur die Absicht, in grossen Zügen die Gedanken zu skizziren, welche ich in der Gruppirung Kahlbaum's im Gegensatze zu der anderweitigen psychiatrischen Auffassungsweise ausgedrückt finde. Und zu diesem Zwecke muss ich noch einen Augenblick bei der Typica verweilen.

Kahlbaum unterscheidet hauptsächlich zwei verschiedene Arten der Vesania typica, die er completa, beziehungsweise simplex nennt. Zu der letzteren gehören diejenigen Fälle von Melancholie, um diesen landläufigen Ausdruck zu wählen, welche nach mehr oder weniger langer Dauer dieses Zustandsbildes — falls nicht Genesung eintritt — in Verwirrtheit und schliesslich in Blödsinn übergehen. Zu der anderen diejenigen Fälle von sogenannter Manie, welche den gleichen Weiterverlauf und Ausgang nehmen, d. h. welche im Falle ausbleibender Genesung in Verwirrtheit und schliesslich in Blödsinn übergehen. Beide Krankheitsprocesse sind also dadurch unter sich übereinstimmend und zu anderen Formen, wie z. B. der sogenannten Verrücktheit dadurch gegensätzlich, dass die Zustandsbilder nicht continuirlich denselben Charakter der Alienation beibehalten, sondern dass dieselben im Weiterverlaufe der Krankheit sich verändern, bis schliesslich eine umfängliche Vernichtung des ganzen seelischen Lebens statt hat. Weshalb Kahlbaum den Namen Vesania typica für diese allgemein auch heute noch unter anderem Namen, nämlich dem der Manie, beziehungsweise der Melancholie bekannten Fälle gewählt hat, haben wir schon angegeben. Es geschah lediglich aus pietätvoller Erinnerung daran, dass Neumann in diesem Verlaufsmodus seinerzeit den Typus des Irreseins erblickt hatte, — und weil es durchaus geboten schien, für diese Fälle einen neuen Namen einzuführen. Denn die Bezeichnungen Manie und Melancholie werden eben nicht nur für die hier ins Auge gefassten Fälle angewendet, sondern sind Bezeichnungen für Zustandsbilder, die sich — mit charakteristischen Besonderheiten versehen — noch bei ganz anderen Krankheiten wieder vorfinden. Die Manie des Epileptikers, des Alkoholisten, die Manie des Paralytikers, des circulären Irre-

seins, die des Hebephrenen und noch eine ganze Reihe anderer sind Zustandsbilder, welche eine gewisse äussere Gemeinsamkeit wohl aufweisen, die eben in dem Begriffe der Manie ausgedrückt werden soll, die aber doch ganz heterogenen Krankheitsprocessen angehören und auch von der oben skizzirten typischen Manie völlig zu unterscheiden sind. Ganz Analoges lässt sich von der Melancholie sagen. Diejenigen Formen von Melancholie, welche bei der Paralyse, bei der circulären Seelenstörung, als Eingangsstadium der Verrücktheit vorkommen, endlich diejenigen, welche, solange die Krankheit dauert, immer denselben genuinen Charakter beibehalten, sind doch gewiss alle voneinander wohl zu unterscheiden. Wir begegnen also hier dem verhängnissvollen Fehler, dass mit demselben Namen, mit derselben Bezeichnung einmal wirkliche typische Krankheitsprocesse, dann wieder blosse Zustandsbilder, die die symptomatischen Theilerscheinungen irgend welcher anderen Krankheitsprocesse sind, belegt werden.

Und hierin erblicke ich den ersten und grössten Vorzug der Kahlbaum'schen Gruppirung, dass er sich von diesem Fehler durchaus frei gehalten hat. Seine Positionen bestehen durchweg aus Krankeitsprocessen von bestimmt geartetem Gesammtverlaufe, und man kann vielleicht verschiedener Meinung darüber sein, ob die Beschaffenheit dieses oder jenes Verlaufes charakteristisch und absonderlich genug ist, um darin den Ausdruck eines eigenthümlichen Krankheitsprocesses zu erblicken; man wird aber nie eine Vermischung von Zustandsbild und Krankheitsganzem bei ihm nachweisen können! [1]

Zudem hat die Aufstellung der Formen der Typica completa und simplex noch einen weiteren Vorzug vor den Bezeichnungen Manie und Melancholie. Die Verschiedenheit beider, wie sie sich in dem einen und Hauptstadium offenbart, wird durch die Namen Manie und Melancholie wohl ganz glücklich zum Ausdruck gebracht, nicht aber die Verwandtschaft beider Processe, wie sie in den Ausgangsstadien — übrigens auch noch anderweitig — sich documentirt. Wenn man erwägt, dass unter den vielen Formen des Irreseins nur sehr wenige es sind, welche unter Umständen zum ausgeprägten terminalen Blödsinn, zu allgemeinster psychischer Leistungsunfähigkeit hinführen, so wird man in diesem Umstande einen gemeinsamen Charakter

erkennen müssen, der für die pathologische Dignität des zu Grunde liegenden Krankheitsprocesses sehr wesentlich ist.

Zu meinem Bedauern muss ich hier auf eine weitere Erörterung des Werthes dieser Kahlbaum'schen Position der Vesania typica mit ihren Hauptverlaufsarten verzichten. Es ist jedenfalls nicht zu leugnen, dass weder die Vesania typica noch überhaupt die neue Gruppirung in der psychiatrischen Formenlehre seinerzeit festen Fuss gefasst haben.

Im Jahre 1877 sprach nun Theodor Meynert in seinem hochbedeutsamen Vortrage über „Fortschritte der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen" folgende Sätze aus: „Das Bedürfniss nach der Aufstellung primärer Formen ausser der Melancholie und Manie drückte unter den deutschen Autoren zuerst Dr. Kahlbaum (Die Gruppirung etc., p. 89) aus. Kahlbaum, der sich in seiner Arbeit über die Katatonie als zweifellos hervorragender psychiatrischer Beobachter erwiesen hat, ist zugleich ein Mann von vorzugsweise kritischer Begabung und ein Systematiker von breitem Ueberblick. Erst in neuerer Zeit beginnt man die mannigfachen Grundlagen von Naturanschauung unter der Decke einer originalen, aber luxuriirenden Nomenclatur zu gewahren."

Dieser letzte Satz Meynert's soll uns zur Anknüpfung dienen. Es ist gewiss gerechtfertigt, die Frage aufzuwerfen, in welchen Umständen der Grund zu finden ist, dass man erst nach 14 Jahren „die mannigfachen Grundlagen von Naturanschauung", auf welchen Kahlbaum's Gruppirung aufgebaut ist, zu gewahren beginnt? Die Richtigkeit dieser Meynert'schen Behauptung ist unzweifelhaft, ja man kann sogar dreist sagen, dass auch heute nach 25 Jahren erst Wenige den wissenschaftlichen Kern der Kahlbaum'schen Darlegungen vollinhaltlich in sich aufgenommen haben und entsprechend würdigen.

Es scheint nach der Fassung des obigen Satzes, als wolle Meynert die Hauptschuld für die mangelnde Verbreitung und Anerkennung der Kahlbaum'schen Aufstellungen in der originalen Terminologie dieses Autors erblicken. Sicher ist jedenfalls, dass von anderer Seite und wiederholt gegen Kahlbaum dieser Vorwurf erhoben worden ist und deshalb müssen wir uns einen Augenblick bei diesem Punkte aufhalten. Meines Erachtens liegt hierin gerade ein Hauptvorzug der neuen Gruppirung, und es

wäre nur äusserst dankenswerth, wenn alle Autoren ihrerseits ebenso wie Kahlbaum die Grundregel beherzigen möchten, welche ein Postulat wissenschaftlicher Klarheit und Exactheit und zugleich auch der einfachsten Pietät ist, nämlich die einmal in einem bestimmten Sinne stabilirten Namen nicht für neue und andere Dinge zu gebrauchen. Wenn dies bei jedem Stande der Ausbildung einer Wissenschaft wünschenswerth ist, so ist es bei einer jugendlichen Disciplin, die noch keine festen, allgemein anerkannten Regeln der Betrachtung hat, bei welcher noch kein Einblick in das eigentliche pathologische Geschehen gewonnen ist, wo also dem subjectiven Ermessen des Beobachters ein weiter Spielraum gelassen ist, geradezu eine unumgängliche Nothwendigkeit. Wie soll es denn möglich sein, dass durch specielle Arbeiten der allgemeine Stand der Kenntnisse gefördert wird, wenn alle zur Verwendung kommenden Bezeichnungen missverständlich sind und jeder Autor andere Begriffe mit den Worten verbindet? Schon 1818 verglich Nasse die terminologische Willkür der verschiedenen psychiatrischen Schriftsteller, deren jeder jeden Ausdruck in einem anderen Sinne gebrauchte, mit der Sprachverwirrung beim Thurmbau zu Babel; und war es seitdem etwa besser geworden? Konnte also dadurch Klarheit geschaffen werden, dass dieselben Bezeichnungen nun wieder einen neuen Sinn repräsentiren sollten? Gewiss nicht! Eine originale Nomenclatur war der einzig mögliche Weg, die neuen Errungenschaften als solche zu kennzeichnen und festzuhalten. Es konnte der verbreiteten Confusion von Zustandsbildern und Krankheitsprocessen auf keine andere Weise gesteuert werden, als durch Einführung gesonderter Bezeichnungen. Und wenn ein immerhin namhafter Psychiater, wie es leider vorgekommen ist, in einer renommirten wissenschaftlichen Gesellschaft über diese Bestrebung geringschätzig die Achseln zuckt und über die Kahlbaum'schen Positionen mit den fast ironischen Worten den Stab bricht: er halte im Allgemeinen die Erfindung von neuen Namen nicht für zweckmässig, so bleibt mir nur übrig, an einige kräftige Worte von Meynert zu erinnern, die er in dem schon citirten Vortrage ausspricht. Nachdem er den Werth einer guten Description betont und darnach die „Unfähigkeit" gewisser unselbstständiger Autoren, aus der Erfahrung zu lernen, gegeisselt hat, fährt er mit Bezug auf Letztere fort: „Die Fortschritte der Description,

d. i. die wichtige Umgrenzung klinischer Formen, vermögen sie thatsächlich nur als veränderte Namen aufzufassen, weil die Unselbstständigkeit von Haus eben nicht fortzuschreiten vermag!"

Indess sei dem, wie ihm wolle, diese Schwierigkeit, sich in neue Bezeichnungen einzuarbeiten, schwächte sich doch im Laufe der Zeit nicht ab; wenn sie überhaupt vorhanden war, so war sie nach 14 Jahren noch ebenso gross wie zur Zeit des Erscheinens der Gruppirung. Trotzdem sagt Meynert 1877, man beginne jetzt Verständniss für den Werth der darin niedergelegten Anschauungen zu gewinnen.

Wodurch hat sich dieser Umschwung vollzogen? Zwei Fragen werfen sich auf. Die erste ist die: Hat der Autor oder haben etwaige Anhänger von ihm für seine Lehren durch weitere Arbeiten den Boden besser vorbereitet und dadurch an Terrain gewonnen?

Als hervorragende und allgemeiner bekannte Abhandlungen in diesem Sinne waren inzwischen nur die monographischen Bearbeitungen der Hebephrenie durch Hecker und der Katatonie durch Kahlbaum selbst erschienen. Allerdings ist die letztere als eine sehr wesentliche, werthvolle und nothwendige Ergänzung der Gruppirung zu betrachten; aber dass diese beiden Aufstellungen sehr bald eine besonders sympathische Aufnahme gefunden hätten, lässt sich nicht behaupten.

Ich frage also wohl berechtigt weiter: Hatte sich in den allgemein psychiatrischen Anschauungen bis zum Jahre 1877 aus anderen Gründen eine Aenderung vollzogen, welche der besseren Würdigung der Kahlbaum'schen Gesichtspunkte zu Hilfe kam, und wodurch war eine solche herbeigeführt worden?

Es war inzwischen die Lehre von der primären Verrücktheit Gemeingut geworden.

Griesinger's vollendete Darstellungskunst hatte seinerzeit es glaubhaft zu machen gewusst, dass die Verrücktheit ein secundärer, ein Schwächezustand sei, und dass stets nur affectuöse Formen, depressive oder exaltirte, die primären Störungen repräsentirten. Griesinger selbst hat sich zwar später von dieser falschen Anschauung emancipirt und hat sie förmlich zurückgenommen. Allein die Geister, die er gerufen hatte, wurde er nicht wieder los und auch Snell und Sander haben das tief eingewurzelte Axiom nicht zu beseitigen vermocht. Erst mit

Westphal's berühmtem Vortrage in Hamburg im Jahre 1876 war der Bann gebrochen, welcher bis dahin mit jener Macht, die allen vorgefassten Meinungen eigen ist, die Unbefangenheit der Beobachter lähmte. Ich gehe keineswegs so weit wie Meynert, dass ich meinte, die primäre Verrücktheit sei die bestgekannte psychiatrische Krankheitsform, und ich werde später noch, natürlich nur so aphoristisch wie diese ganze Skizzirung es gestattet, darauf zu sprechen kommen müssen. Hier interessirt vor Allem, dass nunmehr ein in mancher Beziehung vorurtheilsloseres Beobachten des wirklichen Verlaufes der Krankheitsfälle begann. Die Meinung, dass primär eine Affects-, secundär eine Intellectsstörung sich bilde, war eine rationalistische Construction gewesen und wurde jetzt als solche allgemein erkannt. Die Forschungsweise wurde empirischer, naturwissenschaftlicher. Nicht zum Wenigsten haben nach meiner Meinung Westphal's feine differentiell-diagnostische Bemerkungen über die Anfangsstadien der sogenannten chronischen Verrücktheit darauf hingewirkt, eine erneute unbefangene Beobachtung zu erzielen. Er betont, dass hier meist eine hypochondrische Färbung herrschend ist und stellt diese Zustandsbilder mit Recht in Gegensatz zu den Bildern der echten einfachen Melancholie, der genuinen Dysthymie Kahlbaum's.

So wurde die Aufmerksamkeit gerade auf die primären Formen, unter denen die Seelenstörungen anheben, hingelenkt, und es begreift sich leicht, dass nunmehr eine den Kahlbaum'schen Positionen günstigere Forschungsrichtung anhob. War doch in seiner Gruppirung die Form der Paranoësie mit ihren Unterarten längst als selbstständige Krankheit aufgestellt worden! War doch von ihm längst die echte einfache Melancholie, seine Dysthymia melaena, theoretisch und praktisch gesondert von den mannigfachen anderen Zustandsbildern, welche mit mehr weniger deutlicher Depression der Stimmung einhergehen und deshalb der oberflächlichen Betrachtung so leicht als „Melancholien" imponiren! War doch überhaupt das, was bis dahin am meisten im Gegensatz zur allgemeinen Meinung gestanden hatte, seine Behauptung gewesen, dass ausser der sogenannten Melancholie und Manie es noch viele anderweitige primäre Formen gebe, dass Differenzen im Krankheitsverlaufe von Anbeginn an die Unterscheidung vieler Krankheitsarten zulassen und nothwendig machen!

Freilich hatte Kahlbaum in der Darstellung seiner Paranoësien angeknüpft an Esquirol's Monomanienlehre, und wenngleich er die Missdeutungen, denen diese Lehre unterlegen hatte, zu bekämpfen und zu beseitigen gesucht hatte, so hat ihm doch diese pietätvolle historische Reminiscenz zum Nachtheil gereicht.

Damit sind wir an den Punkt gelangt, von welchem wir ausgehen müssen, um zu verstehen, worin bis auf den heutigen Tag der Haupthinderungsgrund für eine allgemeine Einbürgerung der Kahlbaum'schen Gruppirung zu finden ist. Auch hier werden wir wieder sehen, dass ein Axiom, ein Lehrsatz es ist, der der freien empirischen Auffassung hemmend im Wege steht, und dieses Axiom ist die behauptete Einheit der Seele.

Ich will damit nicht sagen, dass jenes alte Theorem wirklich noch von Psychiatern bewusst festgehalten und an die Spitze gestellt würde, wohl aber sind es vielfach Ausflüsse und Consequenzen desselben, welche der freien Auffassung und Anordnung der verschiedenen Geistesstörungen einen Damm entgegenstellen.

Jedem Menschen, der auch nur einen vorübergehenden Blick in eine Irrenanstalt gethan hat, muss als ein fundamentaler Unterschied an den Kranken der hervortreten, dass die Einen völlig alienirt, im Bewusstsein mehr weniger getrübt, kurz von der Krankheit total ergriffen zu sein scheinen, während die Anderen, und zwar die grössere Zahl, in mannigfaltigen und nicht unwichtigen Aeusserungen ihres Geisteslebens eine Abweichung von dem Verhalten gesunder Menschen nicht ohne weiteres erkennen lassen. Dieser Unterschied, welcher äusserlich in dem Umfange der krankhaften Affection hervortritt, sollte er darum keine wissenschaftliche Geltung haben, keinen Anspruch auf natürliche Wahrheit machen dürfen, weil er so bedeutend, so in die Augen springend ist, dass selbst der Laie ihn sofort gewahrt? Es ist eine durch keine Argumentation wegzuleugnende Erfahrungsthatsache, dass bei verschiedenen Zuständen von Seelenstörungen die Einzelgebiete des psychischen Lebens in durchaus ungleichem Masse von der Affection betroffen erscheinen, so dass es absolut gerechtfertigt ist, relativ umfänglichere Störungen solchen von relativ geringerem Umfange, von ausgeprägterer Partialität gegenüberzustellen. Diese Unterscheidung ist, wenigstens mit Bezug auf die verschiedenen Zustandsbilder, welche die Kranken darbieten, durchaus empirisch begründet.

Es brauchte deshalb aber noch nicht nothwendig der den mehr partiellen Störungen zu Grunde liegende pathologische Process ein anderer zu sein als jener, welcher die umfänglicheren Störungen zur Folge hat. Eine phlegmonöse Entzündung kann ihrem Wesen nach ganz die gleiche sein, wenn sie auch das einemal blos ein kleines Zehenglied und ein anderesmal das ganze Bein befällt.

Hierüber kann, so lange man auf klinische Charaktere angewiesen ist, einzig und allein die Verlaufsweise der Fälle entscheidend sein.

Es ist nun meines Wissens Kahlbaum der Erste und Einzige gewesen, der die empirische Thatsache gefunden und hervorgehoben hat, dass die Verlaufsweise der mehr umfänglichen Seelenstörungen sich wesentlich unterscheidet von den in ihrem Umfange mehr begrenzten Formen.

Wir haben in den zwei Hauptarten der Vesania typica bereits Krankheitsprocesse kennen gelernt, welche in beträchtlichem Umfange das Seelenleben afficiren. Trat dies schon in der melancholischen, beziehungsweise maniakalischen Krankheitsphase unzweifelhaft zu Tage, so findet diese Thatsache ihren prägnantesten Ausdruck in dem Endstadium, welches unfehlbar eintritt, falls die Schwere der Affection oder die Ungunst der Umstände eine Genesung nicht zu Stande kommen lassen. Die Zustandsbilder, welche diesen sogenannten terminalen Blödsinn repräsentiren, sind zwar bis jetzt in den wissenschaftlichen Lehrbüchern sehr stiefmütterlich behandelt und im Allgemeinen recht wenig genau studirt worden, aber darüber kann ein Zweifel nicht herrschen, dass eine sehr umfängliche Vernichtung psychischer Leistungsfähigkeit die Grundlage des Blödsinns ausmacht.

Was andererseits den Verlauf anbetrifft, so haben wir gesehen, dass die Vesania typica dadurch ausgezeichnet ist, dass nacheinander verschiedene Zustandsbilder — dem Schema nach Melancholie, Manie, Verwirrtheit und Blödsinn — auftreten und sich successive ablösen. Ganz analoge Verhältnisse finden wir bei der progressiven Paralyse, Kahlbaum's Vesania progressiva mit ihren verschiedenen Varietäten. Auch hier wechseln im Ablaufe des Krankheitsprocesses ganz differente Zustandsbilder mit einander ab, auch hier führt die Krankheit durch mannigfache Stadien zu allgemeiner Verworrenheit und schliesslichem tiefsten Blödsinn hin.

Die Anführung dieser beiden Krankheiten mag hier, wo es nur auf die Darlegung der klinischen Gesichtspunkte ankommt, ausreichen, um zu zeigen, dass die das Seelenleben in grösserem Umfange afficirenden Processe eine Verlaufsweise darbieten, welche durch die Aufeinanderfolge von unter sich differenten Zustandsbildern, von verschiedenen Stadien gekennzeichnet wird.

Sehen wir uns dem gegenüber die mehr partiellen Störungen an, als deren Repräsentanten wir für den Augenblick die Formen der sogenannten chronischen Verrücktheit, der Paranoësie, hinstellen wollen. Diese zeigt im Grossen und Ganzen einen continuirlichen Verlauf, hier bleibt der Charakter der Alienation im Allgemeinen durch die ganze Krankheitszeit derselbe, und entsprechend diesem stabilen Verhalten zeigen diese Kranken auch niemals ein Endstadium des Blödsinns, wie solches den vorher erwähnten Krankheitsprocessen eigen ist; ihre psychische Leistungsfähigkeit bleibt in bestimmten Richtungen andauernd erhalten.

Meine Herren! Ich hoffe, es geht aus den letzten Auseinandersetzungen hervor, dass die klinische Gegenüberstellung zweier grosser Gruppen von Seelenstörungen, von denen die einen einen erheblich grösseren Umfang des Seelenlebens krankhaft afficiren als die anderen, empirisch gerechtfertigt ist, weil beide Classen durch eine verschiedene, in gewissem Sinne gegensätzliche Verlaufsweise charakterisirt sind.

Es wäre aber grundfalsch, etwa daraus den Schluss ziehen zu wollen, dass die mehr partiellen Störungen die leichteren Affectionen darstellten; es wäre das unberechtigt, weil überhaupt bei Naturerscheinungen irgend eine aprioristische Annahme unstatthaft ist. Es ist nothwendig dies zu betonen. Denn es ist selbstverständlich ebenso unstatthaft, aus der relativen Partialität mancher Seelenstörungen etwa den Schluss zu ziehen, dass der Träger einer solchen Störung etwa im gerichtlichen Sinne für begangene Handlungen unter Umständen verantwortlich sein könnte! Die Beurtheilung dieser Frage hängt von ganz anderen Gesichtspunkten ab und hat mit der empirisch-wissenschaftlichen Eintheilung der Seelenstörungen zunächst nichts zu schaffen. Man sollte meinen, das sei so klar und auf der Hand liegend, dass jede Erörterung überflüssig wäre. Wenn man aber näher zusieht, so zeigt es sich, dass hier der Hauptgrund dafür zu

finden ist, weshalb man sich im Allgemeinen gegen die Statuirung partieller Seelenstörungen sträubt.

Die eigenthümliche Natur der Geisteskrankheiten bringt es mit sich, dass eine Anzahl sehr wichtiger praktischer Fragen, die die sociale Stellung des Patienten betreffen, zwar auf Grund der ärztlichen Begutachtung, aber in letzter Linie vom Richter, also von einem Laien entschieden werden. Es ist daher ganz verständlich und lobenswerth, wenn das Bestreben der Irrenärzte darauf gerichtet blieb, auch das Wesen der mehr partiellen Seelenstörungen so darzustellen, dass daraus dieselbe rechtliche Stellung des Patienten wie bei den umfänglicheren Erkrankungen abgeleitet werden konnte. Man hätte sich nur immer dabei bewusst bleiben sollen, dass alle diesbezüglichen Erwägungen und Definitionen ganz und gar nichts zu schaffen haben mit der natürlichen, respective naturwissenschaftlichen Gruppirung der Krankheiten.

Und doch werden beide Gesichtspunkte immer und immer wieder vermischt. Ich begnüge mich mit dem Hinweise auf ein sehr verbreitetes Handbuch, nämlich die „klinische Psychiatrie" von Schüle. An der Spitze des Werkes steht die Definition der Seelenstörung. „Wir verstehen darunter," sagt Schüle, „eine Krankheit der Person, wodurch deren Selbstbestimmungsfähigkeit aufgehoben wird." Deutlicher kann die rationalistische Anschauungsweise eines Autors, deutlicher die Rücksicht auf die forensische Begutachtung gar nicht zu Tage treten. Die alte, im Einzelnen etwas mystische Lehre von der Einheit der Seele lebt noch, wie man sieht!

Die Sache ist so wichtig, dass man mir verzeihen möge, wenn ich einen weiteren Passus aus Schüle citire: „Es ist immer eine Gesammtaffection der Individualseele, welche sie zu einer „kranken" stempelt." Nachdem er diese theoretisch-speculative Definition gegeben hat, erinnert sich der Autor der empirischen Wirklichkeit und fährt in einer Anmerkung fort: „Damit ist aber nicht gesagt, dass alle Seelenäusserungen in einem gegebenen Falle auch gefälscht sein müssen. Es gibt eine grosse Gruppe von Störungen, für welche die eingangs erwähnte Definition sammt der soeben gegebenen Erläuterung zutrifft, und welche dennoch einen mehr minder grossen Besitz von geschonten Vorstellungsreihen, von richtigen Gefühlen, correcten

Handlungen noch aufweist. Gleichwohl sind die Träger im vollen Sinne des Wortes „geisteskrank". Der Springpunkt liegt hier darin, dass, wenn auch nebensächliche Vorstellungskreise anstandslos beschritten werden können, die krankhafte Hemmung dennoch und immer eintritt, sowie das Ich als solches, als Person engagirt wird . . ."

Ich mache hier auf die höchst charakteristische Bezeichnung: „nebensächliche Vorstellungskreise" aufmerksam. Weshalb sind diese Vorstellungskreise nebensächlich? Doch nur, weil sie, um die Schüle'schen Ausdrücke zu gebrauchen, von der Krankheit geschont sind, und wesentlichere, wichtigere Vorstellungskreise dürften das nicht sein, sonst wäre leider die Definition falsch! Solcher Standpunkt kann als voraussetzungslose Naturbetrachtung, als klinische Psychiatrie nicht anerkannt werden! Gleich einer der nächsten Sätze, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde, gibt übrigens die unzweideutige Bestätigung unserer Ansicht, dass der Grund der künstlichen Auffassung des Gegenstandes in der Verquickung mit der forensen Frage liegt.

In Einem Punkte dürfte Schüle keinen Widerspruch erfahren, nämlich in der Behauptung, dass auch die von mehr partieller Störung Betroffenen „im vollen Sinne des Wortes geisteskrank" sind! Um das zu erweisen, bedarf es aber keiner besonderen dialektischen Argumentationen, sondern es ist nur nöthig, die Sache vom pathologischen Standpunkte aus anzusehen. Heute verkennt es wohl Niemand mehr, dass bei jeder Affection, die den Organismus betrifft, mag dieselbe in einer localen Periostitis oder in einer schweren Infectionskrankheit bestehen, der ganze Mensch nicht mehr als gesund, sondern als krank anzusehen ist, weil eben zur Gesundheit ein anatomisches und physiologisches Normalverhalten aller Theile gehört. Trotzdem spricht man mit vollem Rechte von örtlichen und Allgemeinerkrankungen des Körpers, weil eben beide grossen Gruppen, deren Unterschiede übrigens dem Wesen des Organischen entsprechend flüssige sind, in ihrer Phänomenologie und Verlaufsweise Besonderheiten darbieten. Oder wenn das Beispiel eines einzigen Organes angeführt werden soll, eine Nierenkrankheit „im vollen Sinne des Wortes" liegt vor, sowohl wenn das Parenchym als wenn das interstitielle Gewebe erkrankt ist und obgleich zwischen den erkrankten Partien fast immer intacte andere

vorhanden sind. Ich kann es in keiner Weise wunderbar finden, dass bei einem so complexen Organe, wie das Gehirn und auch selbst das Vorderhirn es ist, ganz analoge Unterschiede in der Art und Ausdehnung der Krankheitsprocesse klinisch und, so weit man bis jetzt darüber Kenntnisse hat, auch anatomisch vorhanden sind. Es ist vielmehr eine höchst auffällige Erscheinung, dass selbst die gewaltigen Fortschritte in der Gehirnpathologie, durch welche eine immer weitergehende Decentralisation der Einzelfunctionen dargethan ist, es nicht vermocht haben, den Aberglauben von der Krankheit der Individualseele völlig zu zerstören.

Daher kann es nur auf das freudigste begrüsst werden, dass in der allerneuesten Zeit durch einen Vertreter oder, ich darf wohl sagen, Mitschöpfer moderner Wissenschaft ein echt pathologischer Gesichtspunkt in die Lehre der Seelenstörungen hineingetragen worden ist, von welchem man hoffen darf, dass er sich als fruchtbringend und folgenreich erweisen wird.

Meine Herren! Sie werden schon errathen haben, worauf ich hinaus will! Wernicke hat bekanntlich in einem Vortrage über die „Aufgaben der klinischen Psychiatrie" unlängst dargethan, dass man bei psychischen Krankheiten ganz ebenso wie bei den anderen Gehirnkrankheiten Herdsymptome und Allgemeinsymptome unterscheiden könne und müsse. Zunächst erscheint der Gedanke kühn und — ich scheue mich nicht, es auch als meine erste Empfindung auszusprechen — fast absurd. Aber das ist eben nur wieder sehr charakteristisch für die absonderliche und etwas mystische Art, wie man immerhin die psychischen Vorgänge noch zu betrachten gewohnt war. Wenn man sich aber von dieser Befangenheit einmal freigemacht hat, bei näherer Prüfung erweist sich der Gedanke als überaus einfach und ganz gewiss naturwissenschaftlich. Mag auch die Ausgestaltung dieser Lehre im Einzelnen noch recht schwierig sein und vielleicht, namentlich in Bezug auf die Herdsymptome, im Laufe der weiteren Forschung sich anders darstellen als die vorläufige Skizzirung derselben durch Wernicke ausgefallen ist, immerhin hat der Umstand, dass eine solche Unterscheidung überhaupt einmal gemacht worden ist, eine ganz ausserordentlich grosse Bedeutung. War durch Griesinger dahin gestrebt worden, dass die Psychiatrie als eine Sonderabtheilung der Neuropatho-

logie mehr und mehr betrachtet werde, so ist mit dieser neuen Anschauungsweise der psychischen Symptome ein gewaltiger Schritt auf diesem Wege vorwärts gemacht worden. Ganz gewiss aber — und deshalb habe ich dieser neuesten Errungenschaft hier Erwähnung thun zu müssen geglaubt — wird durch dieselbe das psychiatrische Denken in mehr pathologische Bahnen gelenkt werden; es wird medicinischer werden und dadurch ein Standpunkt resultiren, welcher auch der empirischen Unterscheidung von partiellen und mehr umfänglichen Seelenstörungen günstiger ist.

Diese Unterscheidung aber halte ich für die theoretisch und praktisch wichtigste aus der ganzen Kahlbaum'schen Gruppirung.

Die Classe der mehr umfänglichen Seelenstörungen, welche zugleich in ihrem Verlaufe durch eine mehr weniger typische Wechselfolge differenter Stadien ausgezeichnet sind, wird mit dem Sammelnamen der Vesaniae belegt. Hierher gehören ausser einigen ganz acuten und stürmisch verlaufenden Störungen die Formen der Vesania typica, die wir schon erwähnt haben, ferner die Vesania progressiva, die unter dem Namen der progressiven Paralyse hinlänglich gekannt ist, und endlich die Vesania katatonica oder Katatonie, auf welche wir nicht näher eingehen wollen, weil dazu zuweitgehende Erörterungen gehören würden. Hier möchte ich blos den bedeutungsvollen und für die ganze klinische Richtung Kahlbaum's charakteristischen Umstand erwähnen, dass er in seiner Monographie über die Katatonie meines Wissens als der Erste auf psychiatrischem Gebiete den Versuch gemacht hat, ein einzelnes Symptom differentiell-diagnostisch zu schildern. Wir finden nämlich hier eine eingehende Abhandlung darüber, wie das Symptom des „Redekrampfes" oder der „Verbigeration" klinisch gekennzeichnet ist und wie es zu unterscheiden ist von allen ähnlichen symptomatischen Erscheinungen als der Ideenflucht, der einfachen Redesucht, der Confabulation, der Plappersucht der Verwirrten und Schwachsinnigen. Wie wenig man in der Psychiatrie bisher an diese echt klinische Betrachtungsweise gewöhnt ist, beweist z. B. der Umstand, dass Kraepelin in seinem Lehrbuche auf diese differentiell-diagnostische Unterscheidung bei der Schilderung der Verbigeration gar keine Rücksicht genommen und eine ganz andere willkür-

liche Beschreibung gegeben hat, dabei aber, wie aus seiner Citirung Kahlbaum's hervorgeht, doch den guten Glauben besass, diesen Terminus richtig anzuwenden.

Die zweite Hauptclasse, die mehr continuirlich verlaufenden, mehr oder weniger in dem gleichen Charakter der Alienation verharrenden und dabei partiellen Seelenstörungen werden unter dem Namen der Vecordiae zusammengefasst.

Hier erfolgt nun eine weitere Unterscheidung, die sich einfach und natürlich davon herleitet, in welcher der erfahrungsgemässen Hauptrichtungen die Alienation sich bewegt. Man mag die schulgemässe Eintheilung in Gemüths-, Vorstellungs- und Willensvermögen aus theoretischen Gründen anfechten und verwerfen, praktisch kommt man ohne diese oder eine analoge Eintheilung nicht aus. Die empirische Betrachtung der verschiedenen Erkrankungen statuirt immer wieder von Neuem, dass entsprechende Partialerkrankungen in Wirklichkeit vorkommen, welche eine relative Selbstständigkeit der seelischen Qualitäten in dem angedeuteten Sinne darzuthun geeignet sind. Wenn man einen reinen Fall von Melancholie, beziehungsweise Dysthymie betrachtet und demgegenüber einen Paranoiker sich vor Augen hält, so wird dieser Unterschied nicht gut anders als in den Worten Gemüths- und Intellectserkrankung zum Ausdruck gebracht werden können. Wenn man nun wieder erwägt, dass diese beiden Kranken in ihren motorischen Actionen und in ihrem Triebleben der Regel nach keine besondere primäre Abweichung von dem Normalverhalten darbieten und betrachtet dagegen beispielsweise eine Kranke, wie ich sie vor einiger Zeit gesehen habe, die, sobald sie eines Menschen ansichtig wird, selbst trotz einer äusserst schmerzhaften Coxitis, wie ein Pfeil auf denselben zustürzt und sofort an ihm in die Höhe klettert, um sich von seinen Schultern kopfüber auf den Erdboden zu stürzen, und dabei selbst kreuzunglücklich über ihren ganzen Zustand und diesen motorischen Drang ist, oder wenn man an manche prägnante Fälle von der leider sogenannten moral insanity denkt, so wird man zugeben müssen, dass hier vorzugsweise andere psychische Sphären, denen eine mehr centrifugale Function obliegt, erkrankt sind. Diese Unterscheidung Kahlbaum's ist **nicht** eine theoretische, sondern sie hat im Gegentheil trotz der unleugbar vorhandenen theoretischen Bedenken, trotz

der Schwierigkeit, eine ausreichende physio-pathologische Grundlage für dieselbe zu schaffen, gemacht werden müssen, weil die empirische Betrachtung der Fälle dazu gewaltsam hingedrängt hat. Gerade im Gegensatze zu den speculativen Systematikern hat Kahlbaum davon Abstand genommen, seine subjective Ansicht von dem Wesen dieser Krankheitsprocesse hervorzukehren und hat sich bemüht, solche Bezeichnungen für dieselben zu finden, welche keine theoretischen Vorurtheile enthalten und rein phänomenologischer Art sind. Er nennt die Gruppen Dysthymien, Paranoësien und Diastrephien. Damit hat er der späteren Forschung in keiner Weise vorgegriffen und doch die klinischen Unterschiede zum Ausdruck gebracht.

Ich muss noch mit einigen Worten auf die Untergruppe der Paranoësien eingehen, zumal es schon ihrer dominirenden Häufigkeit wegen wichtig ist, festzustellen, inwieweit Kahlbaum's Placirung derselben mit der heute üblichen Anschauung von dem Wesen der einschlägigen Fälle übereinstimmt.

Der heute allgemein gebrauchte Name für die Fälle dieser Gruppe ist „Verrücktheit", respective „primäre Verrücktheit". Diese Bezeichnung hat eine Eigenthümlichkeit an sich, welche sie wesentlich und, wie ich gleich hinzufügen will, nicht zu ihrem Vortheil von allen Bezeichnungen, die wir bei Kahlbaum finden, unterscheidet. Während Kahlbaum's Bezeichnungen, entsprechend der rein empirischen Art, wie seine einzelnen Positionen entstanden sind, durchweg nach rein empirischen Merkmalen, z. B. nach hervorstechenden Symptomen (wie z. B. bei der Vesania katatonica) oder der Verlaufsweise (progressiva) gewählt sind und frei von jedem theoretischen Beigeschmack sind, ist das Wort „Verrücktheit" nur eine Condensirung der Definition, die vielfach von der bezüglichen Krankheit gegeben wird. Und diese Definition, dass nämlich das Ichbewusstsein der betreffenden Individuen verändert, „verrückt" sei, ist dabei nicht eine auf rein klinischen Merkmalen basirte, sondern ist eine theoretische Construction.

Eine solche Bezeichnung ist nicht gleichgiltig, denn sie kann unter Umständen zum Hemmschuh für die freie unbefangene Gestaltung der weiteren Beobachtung und Forschung werden. Und wir werden gleich sehen, dass sie das in diesem Falle in der That bis zu einem gewissen Grade geworden ist.

Es lässt sich nicht bezweifeln, dass bei einer grossen Reihe von einschlägigen Fällen diese Definition so ziemlich von Anbeginn der Erkrankung an ohne Schwierigkeit angewendet werden kann und durchaus zutreffend ist.

Dies gilt zunächst überall da, wo der Kern des Wahnsystems von Wahnideen in Bezug auf die Werthschätzung der eigenen Person gebildet wird, sei es, dass dieselbe eine erhöhte oder eine herabgeminderte ist. (Für die erste Reihe von Fällen sei die Idee der Nachfolgerschaft Christi, für die zweite die Lykanthropien als Beispiele erwähnt.) Auch in den Fällen, wo das Gefühl von der eigenen Körperlichkeit verändert ist, den sogenannten hypochondrischen Formen, mag die Verrückung des Ichstandpunktes als Definition Geltung haben. Schwieriger aber wird ihre Anwendung bei der nicht geringen Zahl von Affectionen, wo die Kranken hinsichtlich ihrer Persönlichkeit, ihres Namens, Standes, der sonstigen Personalverhältnisse ganz und gar keine falschen Meinungen haben, wo aber auf Grund von hallucinatorischen Wahrnehmungen oder von Primordialdelirien sich Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen entwickelt haben. Wenn es nun in solchen Fällen noch nicht oder, wie das gar nicht so selten zu sein scheint, überhaupt nicht zur Bildung von Grössenideen gekommen ist und wenn zudem auch das Selbstgefühl nicht dauernd ein gehobenes ist, dann muss man schon zu künstlicheren Argumentationen greifen: Wenn der Schäferknecht X. meint, dass er von ganz Breslau beachtet werde und sich extra seinetwegen eine förmliche Verschwörung gebildet habe, so sei das eine solche Verkennung seiner persönlichen Stellung, dass man von einer Verrückung des Ichstandpunktes wohl sprechen dürfe. Bei solchem Vorgehen aber, glaube ich, wird es nicht schwer fallen, auch bei der einfachen Melancholie und überhaupt bei den meisten Formen von Seelenstörung in entsprechender Weise zu argumentiren. Diese meine Meinung findet ihre volle Bestätigung in einem Passus in Griesinger's Lehrbuche. Indem er in dem Abschnitte über allgemeine Diagnostik bestrebt ist, den Cardinalpunkt und das eigentliche Wesen jedes Geisteskranken darzulegen, sagt er wörtlich: „Er ist nicht mehr derselbe; sein früheres Ich wird ja verändert, er wird sich selbst entfremdet (alienirt)." In dieser unglücklichen Definition der Verrücktheit, welche sich wörtlich genommen als zu eng und

andererseits wieder als zu dehnbar erweist, liegt, beiläufig bemerkt, auch der Grund, weshalb es so vieler Aufsätze bedurft hat, um darzuthun, dass der Querulantenwahn eine Form von Verrücktheit ist; andererseits resultirt daraus auch jener praktisch bequeme, wissenschaftlich indess befremdliche Standpunkt, nach welchem es für sachgemäss erachtet wird, der primären Verrücktheit „fast alle die Krankheitsbilder" unterzuordnen, „welche man nach früheren Eintheilungsprincipien unter keine der bekannten grösseren Gruppen einreihen konnte". (Cf. Leppmann in Schlockow, der Preussische Physikus, pag. 464.)

Aber die Bezeichnung „Verrücktheit", indem sie nicht nur ein Zustandsbild, sondern eine Krankheitsart charakterisiren soll, hat noch eine andere ungünstige Wirkung geübt. Dieselbe hat nämlich zu einer irrthümlichen Anschauungsweise den Anlass gegeben, welche namentlich in Lehrbüchern hier und da zu finden ist. Indem man sagte, in der Veränderung des Ichstandpunktes liege das Wesen der betreffenden Affection, wurde der Anschein erweckt, als ob das sensible und motorische, überhaupt das Gesammtverhalten der Verrückten von diesem neuen Ichstandpunkte resultirte, als ob alle auffälligen Eigenthümlichkeiten, welche Verrückte darbieten, von diesem Gesichtspunkte aus einfach psychologisch abgeleitet werden könnten. Man unterliess es daher vielfach, die Symptomatologie der Verrücktheit im Einzelnen unbefangen und empirisch aufzufassen und zu beschreiben. Man concentrirte die gesammte Aufmerksamkeit auf die Eruirung des postulirten Wahnsystems und, wenn dies hervorgelockt war, so glaubten Viele den Krankheitsfall in seiner Wesenheit erfasst und gewürdigt zu haben. Es ist dies ein Standpunkt, der auch in neuesten Literaturerzeugnissen noch unschwer nachzuweisen ist und selbst in solchen, die auf Westphal's grundlegende Darstellung dieser Materie ausdrücklich Bezug nehmen. Es ist bei einem Kliniker von dem Range Westphal's eigentlich überflüssig hervorzuheben, dass bei ihm keine Spur von solcher Einseitigkeit zu finden ist. Er betont ausdrücklich, dass als selbstständig aufzufassende Erkrankungen der motorischen wie auch der sensiblen Sphäre bei Verrückten zur Beobachtung gelangen, er betont weiter ausdrücklich, dass auch die Störungen im formalen Ablaufe der Vorstellungen bei Verrückten unter Umständen ein besonderes Studium erheischen,

und was für uns hier die Hauptsache ist, er bindet sich nicht an eine theoretische Definition, sondern das, was die Fälle eigentlich charakterisire und ihre Zusammengehörigkeit darthue, das ist nach ihm das Vorhandensein krankhafter Processe im Bereiche des Vorstellens. Dass Westphal hierin das eigentliche Kriterium der Krankheitsgruppe erblickt, würde, auch wenn er es nicht ausdrücklich ausgesprochen hätte, mit hinreichender Sicherheit schon daraus hervorgehen, dass er die durch Zwangsvorstellungen ausgezeichneten Affectionen hierherrechnet und als abortive Form der Verrücktheit bezeichnet. Ich verkenne keineswegs, welche schätzbare Weiterentwickelung die Lehre von der Verrücktheit durch Westphal's Darlegungen erfahren hat. Hier jedoch möchte ich die Thatsache in den Vordergrund stellen, dass bereits in Kahlbaum's Position der Paranoësien der Kern der Sache getroffen wurde, indem er sie als diejenige Gruppe, der mehr oder weniger partiellen und continuirlichen Seelenstörungen bezeichnete, in welchen sich die Symptome des kranken Seelenlebens vorzugsweise auf dem Gebiete der Intelligenz zeigen."

Es ist nothwendig, noch auf eine weitere Position der Gruppirung einzugehen, deren Betrachtung uns indess nicht lange aufhalten soll; ich meine die wichtige Gruppe der Dysphrenien. Mit diesem Sammelnamen bezeichnet der Autor bekanntlich eine ungeheuer grosse Gruppe von Seelenstörungen, die aus unter sich ganz und gar differenten Krankheiten zusammengesetzt ist; die Gemeinsamkeit derselben wird durch ein mehr negatives Kriterium gebildet. Die hierher gehörigen Krankheitsfälle sind nicht, sowie die eben besprochenen Formen der Verrücktheit, sowie die progressive Paralyse und andere Formen, idiopathische, sondern sind secundäre, Folgeerscheinungen von irgend welchen anderen physiologischen oder pathologischen Verhältnissen des Organismus. Dieser Gesichtspunkt, von welchem also eine ganze grosse Reihe von psychischen Erkrankungen von den übrigen abgesondert werden, sollte wohl ziemlich allseitig für richtig und natürlich erkannt werden. Dass es eine principiell andere Bewandtniss damit hat, wenn im Verlaufe einer Malariainfection oder auf der Grundlage einer epileptischen Constitution oder im jedesmaligen Anschluss an die Menstruation u. s. w. psychische Alienation auftritt, als wenn

in einem sonst gesunden Organismus eine typische Melancholie, beziehungsweise Manie sich etablirt, das dürfte durchaus einleuchtend sein. Ich will aber nicht unterlassen, hinzuzufügen, dass, wenn es auch in erster Linie dieses mehr negative Kriterium ist, welches eine Abzweigung dieser Gruppe nothwendig macht, doch auch noch positive Züge besonderer Art aufzufinden sind und von Kahlbaum angedeutet werden, welche wieder eine gewisse Uebereinstimmung der zu dieser grossen Sammelgruppe gehörigen Krankheitsformen darzuthun geeignet sind. Diese in der Verlaufsweise und Symptomatologie der einschlägigen Fälle beruhenden Besonderheiten kann ich hier nicht des Näheren entwickeln. Hier kam es mir nur wieder darauf an, darzuthun, dass die Gesichtspunkte, von denen aus die Classification vorgenommen wurde, durchaus einfache, natürliche und ungekünstelte sind.

Ganz dasselbe Urtheil wird man auch fällen müssen über die Sonderstellung, welche Kahlbaum denjenigen Formen von psychischer Erkrankung zuweist, die im genetischen Anschlusse an eine biologische Entwickelungsphase zum Ausbruch gelangen. Das sind einmal die Fälle von angeborener Geistesschwäche mit ihren verschiedenen Typen, ferner eine bestimmte nur im Verfolg der Pubertätsentwickelung zu beobachtende Seelenstörung und endlich eine dem Senium eigenthümliche Psychose, die unter dem Namen der Dementia senilis bekannt ist. Dass diese Bezeichnung eliminirt und durch das ebenfalls leicht verständliche Wort „Presbyophrenie" ersetzt ist, wird man begreiflich finden, da ja Kahlbaum sich stets, wie wir gesehen haben, vor dem Fehler gehütet hat, dasselbe Wort zur Bezeichnung eines eigenartigen Krankheitsprocesses zu verwerthen, welches auch zur Bezeichnung von Zustandsbildern in Gebrauch ist.

Es wird Ihnen, meine Herren, nicht entgangen sein, dass eine gewisse Incongruenz unter den verschiedenen besprochenen Kahlbaum'schen Gruppen vorhanden ist. Das einemal gilt die Ausdehnung der Affection, ein anderesmal die Rücksicht auf die Aetiologie, ein drittesmal wieder andere Momente als Kriterien für die Sonderposition der betreffenden Störungen. Darin unterscheidet sich die Kahlbaum'sche Eintheilung sehr wesentlich und, wie ich meine, sehr zum Vortheil von fast allen

früheren Systemen. Ihn leitete eben kein Princip, dessen möglichst logische Durchführung er angestrebt hätte; er wollte nicht Constructionen geben, die vielleicht durch ihren lückenlosen und harmonischen Aufbau geblendet hätten; er suchte die Fälle, so wie er sie in Wirklichkeit verlaufen sah, zu fixiren, ohne sie zuzustutzen und systemgerecht zu machen.

Die Wirklichkeit aber bietet keine Schemen, keine Typen, sondern nur Individuen, und eine wirklich naturwissenschaftliche Gruppirung kann nur von gewissen, möglichst prägnanten Gesichtspunkten aus Aehnlichkeiten und Unterschiede betonen, die an vielen Fällen deutlich und zwanglos hervortreten; nun und nimmermehr aber kann sie darauf ausgehen, für alle in Wirklichkeit vorkommenden Fälle einen Platz zu sichern. Bei den körperlichen Krankheiten, wenn ich diesen Gegensatz vorübergehend anwenden darf, wissen wir es, dass es weniger typische und schulmässige als atypische und der Diagnostik Trotz bietende Fälle gibt. Von dieser Zahl wird auch der Fortschritt in der Forschung immer nur einige und wieder einige abbröckeln, nie aber dieselbe ganz erschöpfen und alle zu bekannten Grössen machen. Das liegt im Wesen des Organischen tief begründet. Um wievielmehr wäre es unrichtig, in der Psychiatrie zu verlangen, dass eine Eintheilung für alle sich darbietenden Fälle vollständigen diagnostischen Anhalt gewähren sollte! Künstliche Systeme können unter Umständen den Anschein erwecken, als vermöchten sie solch umfassender Aufgabe gerecht zu werden; aber auch sie leisten das nur scheinbar und stellen sich bei näherer Betrachtung dann nicht als wirkliche, speciell pathologische Descriptionen dar, sondern als Capitel einer allgemeinen Pathologie. Oder ist es mehr wie ein Abschnitt aus der allgemeinen Pathologie, wenn wir mit Griesinger zwischen psychischen Depressions-, Exaltations- und Schwächezuständen unterscheiden und dieselben in ihren verschieden modificirten Erscheinungsweisen verfolgen? Dies eine Beispiel genüge, um den Gegensatz eines künstlichen Systems und einer empirischen Gruppirung anschaulich zu machen.

Dieser Gegensatz schliesst aber noch Consequenzen von eminenter praktischer Bedeutung in sich. Ein künstliches System ist seiner ganzen Anlage nach nicht weiter entwickelungsfähig; die Gliederung wird von vornherein so angelegt, dass alle Theile

in einem bestimmten unwandelbaren Verhältnisse zu einander stehen, dass sie mehr weniger nur im Hinblick auf die übrigen ihren Werth und ihre Bedeutung haben. Dadurch wird der selbstständige Ausbau der Einzelpositionen erschwert oder zum Theil ganz unmöglich gemacht. Hier führt, wie Kahlbaum selbst dies im kritischen Rückblick auf die früheren Arbeiten hervorgehoben hat, jede neue Ansicht, jede neue Beobachtung zu einer fast vollständigen Umgestaltung des ganzen Lehrgebäudes, und so erklärt sich die Thatsache, dass in der Psychiatrie die Hand- und Lehrbücher derselben oder aber die Aufsätze über allgemeine theoretische oder therapeutische Fragen lange Zeit als die alleinigen Träger des wissenschaftlichen Weiterschreitens gelten durften, während in anderen medicinischen und naturwissenschaftlichen Disciplinen gerade auf den Monographien das Fortschreiten der Wissenschaft beruht. Demgegenüber darf Kahlbaum mit Recht es als einen Vorzug des von ihm befolgten Planes ansehen, „dass derselbe mit Leichtigkeit gestattet, das Ganze in kleinere und beliebig breite Stücke zu zerlegen, welche sich einzeln und mit Sorgfalt bearbeiten lassen, ohne dass gleichzeitig peinliche Rücksicht auf die anderen Theile genommen werden müsste". Der Grund liegt einfach darin, dass er eben nicht einen vorgefassten Plan ausgeführt hat, sondern dass er in rein empirischer Betrachtung die Fälle, die ihm durch Symptome und Verlauf unter sich übereinstimmend und von anderen different zu sein schienen, zu Gruppen zusammengefasst und durch Hervorhebung des Charakteristischen kenntlich gemacht hat.

Ganz natürlich ist es bei solchem Vorgehen, dass die Werthschätzung der einzelnen vorgeführten Positionen je nach der Erfahrung und der subjectiven Ansicht des Beurtheilers verschieden ausfallen wird, dass der eine Forscher gegen diese, der andere gegen jene Position Einwendungen zu machen haben oder denselben ihre selbstständige Geltung als besondere Krankheitsspecies bestreiten wird. Davon aber bleiben die übrigen Formen und ihre wissenschaftliche Bedeutung zunächst unberührt; eine fruchtbare, positive Detailarbeit vermag einzusetzen, die klinische Statistik kommt zu ihrem Rechte, und es ist auf diese Weise möglich, allmählich zu gesicherter Kenntniss und allgemein anerkannten wissenschaftlichen Positionen zu gelangen.

Meine Herren! Sie werden es verzeihlich finden, wenn beiweitem nicht alle Positionen der Kahlbaum'schen Gruppirung von mir hier einer Besprechung unterzogen worden sind. Auch kam es mir, wie ich schon einleitend erwähnte, nicht darauf besonders an, die pathologische Dignität aller Einzelformen speciell zu erweisen, ja, ich bekenne ganz offen, dass ich mit manchen Aufstellungen und Unterscheidungen bislang mich nicht zu befreunden vermocht habe. Mein Bestreben war vielmehr einzig und allein darauf gerichtet, darzuthun, dass in dieser Gruppirung eine reiche Fülle von richtigen und beachtenswerthen Gedanken ihren Ausdruck gefunden haben, dass dieselbe auf der Grundlage echter, voraussetzungsloser Naturanschauung aufgebaut und durch und durch von medicinisch-klinischem Geiste durchweht ist. Wenn auch die fortschreitende theoretische Forschung uns Vieles später in anderem Lichte erscheinen lassen sollte, wenn das Riesenwerk Meynert's, die Psychosen auf Bau, Leistung und Ernährung des Vorderhirns zu basiren durch ihn oder seine Schüler gelingen sollte, so werden dadurch die wirklich der Natur abgelauschten klinisch-empirischen Schilderungen an ihrer Wahrheit und ihrem Werthe keine Einbusse erleiden!

Das Echte bleibt der Nachwelt unverloren!

Nachträgliche Anmerkung.

[1] In der neuestens erschienenen Bearbeitung der „Lehre von der Verwirrtheit" (Archiv f. Psych. XIX. Bd. 2. Heft, pag. 328 ff.) durch Professor Wille ist auch wieder zur Benennung eines Krankheitsprocesses ein terminus gewählt, welcher seiner sprachlichen Bedeutung wegen für die Bezeichnung von verschiedenen Zustandsbildern unentbehrlich und in letzterem Sinne mit Recht allgemein üblich ist.

Ueber das Gehirn eines Aphasischen.

Mittheilung von

Dr. Heinrich Schlöss

Secundararzt der n. ö. Landes-Irrenanstalt in Wien.

A. S., Taglöhner, 56 Jahre alt, wurde am 4. Mai 1886 auf die psychiatrische Klinik des allgemeinen Krankenhauses aufgenommen. Er war sehr verworren und aufgeregt, riss sich die Kleider vom Leibe, wollte mit dem Pantoffel die Fenster einwerfen etc. und musste sogleich in einer Zelle isolirt werden. Er beruhigte sich rasch. Auf sämmtliche an ihn gerichtete Fragen antwortete er unter Lachen: „No was denn!" und gab, als man ihm verschiedene Gegenstände zur Benennung vorwies, immer diese Antwort. Benannte man ihm auch die Gegenstände, so antwortete er stets: „Nun ja!" ob nun die Benennung richtig war oder nicht. Am Tage darauf (den 5. Mai 1886) wurde Patient der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Wien übergeben. Bei seiner Aufnahme ergab sich folgender Status: Mittelgrosses Individuum von sehr kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Musculatur. Die engen, gleichweiten Pupillen reagiren prompt. Der Rand des linken oberen Lides steht ein Millimeter hoch über der Pupille, während die rechte Pupille vom Lide fast ganz verdeckt ist (rechtsseitig Ptosis). Eine Facialisparese ist wegen ungleichseitigen Ausfallens der Zähne nicht constatirbar. Die Zunge zittert und weicht nach rechts ab. Die Uvula zeigt Patient nicht. Dynamometer rechts 130, links 200. Patellarsehnenreflexe beiderseits gleich, mässig stark. Kein Dorsalklonus. Plantarreflexe beiderseits gleich, hochgradig gesteigert, Hodenreflexe beiderseits gleich und gesteigert. Hyperalgesie beiderseits, Localisation wegen Demenz nicht prüfbar. Keine Gangstörung.

Von allen ihm vorgelegten Fragen beantwortete Patient nur die nach seinem Zunamen und nach seinem Geburtsorte richtig. Auf die anderen Fragen erfolgte die stereotype Antwort: „No was denn!", welche Worte er jedoch nicht etwa mit Unwillen von sich gab, sondern sie vielmehr meistens mit herzlichem Lachen begleitete. Handlungen, die man ihm auftrug, führte er der jeweiligen Aufforderung entsprechend aus. So legte er auf

Commando erst die eine, dann die andere Hand auf den Tisch, zeigte den Zeigefinger, den Daumen, die Zunge. Als man ihm einen Schlüssel mit der Frage vorwies, wie der Gegenstand heisse, antwortete er „nein!" Aufgefordert, mit diesem Schlüssel die Thüre aufzusperren, entsprach er dieser Aufforderung. Seinen Namen schrieb er richtig nieder, vermochte auch seinen ihm vorgeschriebenen Namen zu lesen. Als er aber aufgefordert wurde, das Wort „Hut" zu schreiben, schrieb er zweimal seinen Vornamen „Anton". Als er das Wort „Garten" lesen sollte, las er „Gratulation". Vorgesprochene Worte sprach er bisweilen richtig nach, oft aber sprach er dafür: „No was denn!"

Die auf die Anamnese bezüglichen Angaben der Verwandten des Patienten ergaben folgende Daten: Die Mutter des Patienten war eine Potatrix, der Bruder endete durch Selbstmord. Patient war bis zum Jahre 1884 geistig normal. Im Herbste dieses Jahres stürzte er von einem Wagen herab und fiel mit dem Hinterhaupte auf einen Eckstein auf. Nach dem Falle war er durch eine Stunde bewusstlos. Als er das Bewusstsein wieder erlangte, konnte er sogleich sprechen. Bald nach dieser Verletzung bemerkten die Verwandten an dem Patienten eine psychische Veränderung. Er wurde verloren, war in der Arbeit wenig zu gebrauchen, arbeitete nachlässig, wurde ein Schnapstrinker. Ungefähr im Mai 1885 fing er an, auf fast alle Fragen die stereotype Antwort: „No was denn!" zu geben. In der letzten Zeit vor seiner Abgabe ins allgemeine Krankenhaus arbeitete Patient gar nicht mehr, schweifte unstet umher, wurde dreimal von der Polizei bis auf die Unterhose entkleidet aufgegriffen und seinen Verwandten zugeführt.

Im Laufe der nächstfolgenden Monate blieb der Zustand des Patienten so ziemlich derselbe, wie er sich bei der Aufnahme gezeigt hatte. Die Prüfung auf die Aphasie ergab stets beiläufig dasselbe Resultat. Patient ass mit Appetit, schlief gut, verhielt sich ruhig, verkehrte nicht mit seiner Umgebung, sass stundenlang theilnahmslos auf einem Fleck. Im Mai dieses Jahres begann sich bei dem Kranken eine tuberculöse Infiltration der Lungen zu entwickeln. Er magerte rasch ab, hustete viel, zeigte abendliche Temperaturssteigerungen. Er musste zu Bett gebracht werden, das er nicht mehr verliess. Allmählich wurde der Kranke völlig apathisch, reagirte kaum auf äussere Reize, antwortete auf

Fragen mit keinem Wort, mit keiner Miene. Rief man ihn beim Namen, so blickte er nicht einmal nach der Seite des Sprechers. Die Speisen mussten ihm mit dem Löffel gereicht werden, Stuhl und Urin liess er unter sich gehen. Im August zeigte sich ein Decubitus über dem Os sacrum, der allmählich um sich griff. Ende September erfolgte ödematöse Schwellung der linken unteren Extremität. In den Lungen entwickelten sich Cavernen, der Marasmus schritt beständig fort. Am 14. October erfolgte der Tod. Bei der von Herrn Dr. Richard Paltauf vorgenommenen Obduction ergab sich folgender interessante Befund:

Schädel gross, im bifrontalen und biparietalen Durchmesser ziemlich breit, die Substanz mässig dick, rechts etwas dicker, compact. Die harte Hirnhaut wenig gespannt, dicker; bei ihrer Durchschneidung entleert sich reichliches Serum; die inneren Hirnhäute diffus getrübt und verdickt, besonders aber in beiden Stirnlappen zu einem graulichen, sulzigen, von zahlreichen weiten Gefässen durchzogenen Gewebe verändert, durch welches die hochgradig verschmälerten Windungen durchschimmern. Diese verdickten Meningen lassen sich im Allgemeinen leicht abziehen, nur an der Orbitalfläche des Frontallappens und am ebenso veränderten Schläfelappen gelingt das schwieriger. Ueber dem Scheitel am Hinterhaupt, besonders an der medialen und unteren Fläche desselben sind die Meningen wenig verdickt und mässig gespannt, die basalen Gefässe weit, geschlängelt, hie und da, weisslichen Flecken entsprechend, verdickt, auch die Verzweigungen der Art. fossae Sylv. sämmtlich weit und durchgängig, nur an einzelnen Stellen den angegebenen Verdickungen entsprechend, hie und da eine Abgangsstelle verengt, darüber hinaus das Lumen jedoch wieder weit; Gefässe meist leer. Nach Entfernung der Meningen über der linken Hemissphäre zeigt sich der Stirnlappen, und zwar alle seine Antheile bis zur vorderen Centralwindung und der Schläfelappen mit Ausnahme der ersten Schläfewindung verkleinert, die Windungen auf das Drittel bis Viertel (Orbitalfläche) verschmälert, vielfach gewunden, gegenüber den erhaltenen Theilen der Centralwindung von einem braungelben Colorit. Diese Farbennuance tritt auch deutlich hervor an einem geringen, atrophirten, etwa 1 Centimeter langen Theile der hinteren Mitte der zweiten Stirnwindung (Oberfläche) und an einer geringeren atrophirten Partie am unteren Scheitel-

läppchen an der Commissur des Gyrus marginalis. Auch die Inselwindungen sehr stark verflacht; die atrophischen Partien zeigen zum Theil wenig veränderte Consistenz, zum Theil jedoch, besonders die hochgradig veränderten an der Orbitalfläche und der Unterseite des Schläfelappens, erscheinen weich, wie hohle, nur mit einer Flüssigkeit erfüllte Schläuche, deren Wandung von der äussersten, etwas derberen Rindenschicht gebildet wird. Dementsprechend collabiren solche Gyri faltig. An der rechten Hemisphäre begrenzt sich die Atrophie, ebenso an der vorderen Centralwindung, doch ist sie im Bereiche der lateralen Stirnlappenfläche und auch der Insel nicht so bedeutend. An der Orbitalfläche ist sie ebenso hochgradig, ebenso an einer mehr weniger umschriebenen Stelle des Schläfelappens, etwa dem Gangl. uncin. entsprechend. Die Ventrikel sind erweitert, besonders das linke Vorderhorn, dessen Ependym verdickt, reicher vascularisirt, von einzelnen Hämorrhagien gesprenkelt erscheint. Linke Lunge frei, nur an der Spitze angewachsen, daselbst eine nussgrosse Caverne, sonst zerstreute, in Gruppen stehende grauweisse und gelbe Tuberkelknötchen; rechte Lunge im Bereiche des Oberlappens angewachsen und angelöthet, ein grosser Theil des Oberlappens von einer zerfallenden, käsigen, in der Wand infiltrirten Caverne eingenommen, an die sich lobuläre käsige Infiltrate im Oberlappen und der Spitze des Unterlappens anschliessen, der sonst luftärmer, von lobulären, graurothen Infiltraten durchsetzt ist. Herz klein, Unterleibsorgane atrophisch.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass dieser Gehirnbefund das klinische Bild, welches die Krankheit in oben geschilderter Weise bot, vollkommen erklärt. Neben rechtsseitiger Ptosis und Parese der oberen Extremitäten bestand bei dem Kranken eine Aphasie. Diesem klinischen Befunde entsprachen die anatomischen Veränderungen an den Grosshirnhemisphären. Wenn wir auf Naunyn's Untersuchungsergebnisse, „inwieweit die Localisation der aphasischen Störungen in der Grosshirnrinde sich auf die Thatsachen der pathologischen Anatomie begründen lässt" — zurückblicken,[1]) so darf gesagt werden, dass obiger Fall jenen Resultaten völlig entspricht, welche Naunyn in überraschend

[1]) Siehe „über die Localisation der Gehirnkrankheiten" von Dr. H. Nothnagel und Dr. B. Naunyn, Wiesbaden 1887.



praktischer Weise aus den ihm in der Literatur bekannten, durch pathologisch-anatomische Daten ergänzten Fällen von Aphasie gewonnen hat. Wenngleich nun unser Fall in dieser Beziehung nicht ohne einiges Interesse ist, wird seine Betrachtung noch durch die Erwägung des Umstandes um so anziehender, dass sich bei dem Kranken die Psychose, zu deren Symptomen sich noch die Aphasie gesellte, klinisch an eine Gehirnerschütterung anschloss, welche sich Patient dadurch zuzog, dass er von einem Wagen herabstürzte und mit dem Hinterhaupte auf einen Eckstein auffiel. Es ist bekannt, dass bei der Einwirkung breiter Oberflächen auf den knöchernen Schädel der letztere vermöge seiner Elasticität, ohne zu brechen, seine Gestalt verändern, nachträglich aber wieder in seine frühere Form zurückkehren kann. Eine solche Einwirkung hatte hier stattgefunden. Durch den Sturz auf das Hinterhaupt musste der Schädel im Sinne des fronto-occipitalen Durchmessers verkürzt worden sein. Eine solche Formveränderung des Schädels ist aber ohne Zusammendrängen, d. h. Quetschen des Gehirns, undenkbar, das Gehirn muss im Sinne des verkürzten Durchmessers zusammengedrückt, im Sinne des verlängerten auseinandergezerrt werden. Nach Bergmann [1]) liegt der Ort der Contusion, wenn Körper mit breiter Angriffsfläche auf den Schädel einwirken, bald unter der Stelle des Anpralls, bald dieser gegenüber, bald an beiden Stellen gleichzeitig.

Hier ist der zweite Fall eingetreten, insoferne die bei dem Sturze aufs Hinterhaupt unmittelbar getroffene Stelle und die von dem sich anschliessenden chronischen Gehirnleiden am meisten veränderten Hirnpartien einander gegenüber liegen. Merkwürdig ist aber der anatomische Befund auch noch insoferne, als sich die Veränderungen am Frontallappen beiderseits hart am Gyrus centralis anterior begrenzen. Wenn wir ein Schema des Faserverlaufes im menschlichen Gehirne [2]) betrachten, so sehen wir, dass von der vorderen und hinteren Centralwindung aus die Fasern direct ins verlängerte Mark verlaufen,

---

[1]) Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie (Erlangen 1873) III, 1, pag. 245.

[2]) Siehe: „Schema des Faserverlaufes im menschlichen Gehirne und Rückenmark" von Prof. Chr. Aeby in Bern (Bern 1883) und „Plan des menschlichen Gehirnes" von Paul Flechsig (Leipzig 1883).



während in den dem Gyrus centralis anterior vorgelegenen Hirnpartien der Verlauf der Fasern ein viel complicirterer ist, indem sie theils in den Nucleus pontis, theils in den Sehhügel verlaufen. Die Möglichkeit, dass sich in Folge der Verschiedenheit des Faserverlaufes der Process hier am Gyrus centralis anterior begrenzte, dürfen wir nicht als ausgeschlossen betrachten.

Originäre geistige Schwächezustände in foro criminali.

Von

Prof. v. Krafft-Ebing.

(Fortsetzung aus dem VII. Band, Heft 1 und 2.)

XV. Wissentlich falsche Aussage vor Gericht. Verstandesschwäche.

Species facti. Am 7. Juli 1886 wurden die Eheleute F., als sie an der Behausung des Josef S. vorübergingen, von diesen mit Steinen beworfen.

Bei der gerichtlichen Einvernehmung am 23. September wurde die bei S. bedienstete ledige 32jährige, katholische Theresia L. durch Handschlag verpflichtet, die Wahrheit auszusagen. Sie gab ihre gerichtliche Aussage dahin ab, dass sie von dem Rencontre der F.'schen mit dem Dienstherrn nichts wisse, nichts davon gesehen und gehört habe.

Am 30. September bei der Hauptverhandlung wird die L. beeidet und nun gesteht sie, am 23. September falsch ausgesagt zu haben. Sie sei Augenzeugin der sich zwischen S. und den F. abspielenden Scene gewesen und habe gehört, wie Frau F. ausrief: „dieser Stein kommt zu Gericht." Die L. entschuldigt ihre falsche Aussage vor Gericht damit, dass ihr der Herr verboten habe, etwas zu sagen und geboten, zu sagen, sie habe nichts gesehen. Der Vater des S. deponirt, die L. habe ihm am Tage nach dem Vorfall mitgetheilt, sie habe alles gesehen und gehört, dürfe aber nichts vor Gericht aussagen, weil ihr der Dienstherr in diesem Fall Lohnabzug und Ohrfeigen in Aussicht gestellt habe.

Auch die F., welche die L. als Augenzeuge in der Scene bezeichnet, will von ihr gehört haben, sie habe sich nicht getraut, die Wahrheit auszusagen, weil S. es ihr verboten habe. Die L. bleibt in allen weiteren Verhören und auch in der Hauptverhandlung vom 3. März 1887 bei der Erklärung, sie habe am 23. September 1886 falsch ausgesagt, weil es der Dienstherr ihr geboten habe. Von Lohnabzug und Ohrfeigen sei aber nicht die Rede gewesen. Das habe sie sich nur so gedacht. Ihre falsche Aussage entschuldigt sie mit momentaner Befangenheit und Verwirrung, da sie sich vor Gericht zu einer Aussage genöthigt sah.

S. bemüht sich, das Zeugniss der L. zu entkräften, indem er ihre geistige Gesundheit in Zweifel zieht. Sie sei periodisch verkehrt im Reden und Thun, spreche in solchen Zeiten ganz ungenirt von geschlechtlichen Dingen. Man werde schwerlich durch einmalige ärztliche Exploration der L. etwas an ihr finden, wohl aber wenn man sie auf längere Zeit in die Beobachtungsanstalt thue. Zeuge N. findet die L. derart geistesschwach, dass eine Beeinflussung derselben durch Jedermann leicht möglich sei. Sie sei entschieden zu beschränkt, um die Tragweite einer falschen Aussage vor Gericht ermessen zu können.

Der alte S. hält die L. durchaus nicht für so dumm als sie sich stelle, vielmehr für verschmizt und heimtückisch.

Die Eltern der L. haben an ihrer Tochter nie die geringste Geistesschwäche wahrgenommen. Sie habe Lesen und Schreiben gelernt, sei geschickt in der Arbeit und wenn sie vor Gericht falsch ausgesagt habe, so könne dies lediglich aus Befangenheit geschehen sein. Geisteskrankheit sei in der Familie nie vorgekommen. Die Verhandlung endigte mit Vertagung behufs psychiatrischer Exploration des Geisteszustandes der L.

Ergebnisse der Exploration am 14. März 1887.

Exploratin gibt prompt und willig Auskunft. Sie weiss von keiner schweren Krankheit zu berichten, habe nie menstruale Beschwerden gehabt, habe einmal geboren, erklärt, aus ganz gesunder Familie zu sein.

Die Configuration und die Volumsverhältnisse des Schädels lassen keine Abnormität erkennen. Das linke Ohr ist verbildet. Ausser Schwerhörigkeit finden sich keine Functionsstörungen

von Seiten der Sinnesorgane. Die vegetativen Functionen sind normal. Die L. liest und schreibt leidlich gut. Sie behauptet, leicht gelernt zu haben. Mit dem Rechnen ist es bei ihr schlecht bestellt. Sie entschuldigt sich diesbezüglich mit schwachem Kopf und schlechtem Gedächtniss.

4 × 5 ist 36; 3 × 3 weiss sie nicht zu berechnen; 5 Semmeln kosten 10 Kreuzer. Sie hat täglich 30 kr. Taglohn. Den Wochenlohn (6 × 30) berechnet sie mit 2 fl. 20 kr. Den Werth der Banknoten kennt sie. Wie viel Tage ein Jahr hat, weiss sie nicht, wohl aber, dass es 12 Monate hat, die sie prompt aufzählt. Den Preis von Hausthieren, Victualien u. s. w. gibt sie ziemlich gut an. Ebenso gibt sie gute Auskunft über Ausmass und Werth des elterlichen Besitzes, Art des Anbaues und Zeit desselben.

Ihre politischen Begriffe sind wenig geklärt, jedoch weiss sie, dass das Land dem Kaiser gehört und dass es Oesterreich heisst. Den Namen der Majestät weiss sie nicht. Die Würden des Clerus kennt sie bis hinauf zum Papst. Das religiöse Wissen ist dürftig. Das begriffliche Denken lässt zu wünschen übrig, jedoch ist es vorhanden, nur bedarf es der Nachhilfe.

Von hohen Festen der Kirche nennt sie nach längerem Besinnen den Ostertag und den Christtag. Am ersteren ist unser Herrgott auferstanden von den Todten. Er wurde von den Juden gegeisselt und mit Dornen gekrönt. In der Charwoche ist er gestorben. Die Fastenzeit ist zum Bussethun da. Am Christtag ist der Herrgott auch auferstanden. Die zehn Gebote Gottes kann sie nicht aufsagen, wohl aber die gewöhnlichen Gebete. Nur mühsam kommt sie darauf, dass die Mutter Gottes Maria heisst. Ethische Anschauungen sind entwickelt, jedenfalls bestehen keine moralischen Defecte. Sie ist betrübt darüber, dass sie durch unwahre Aussage vor Gericht in eine schiefe Lage gerathen sei. Sie habe eben nicht gewusst, dass sie etwas Böses thue, indem sie die Unwahrheit aussagte. Sie habe halt nicht gewusst, dass Handschlag etwas wie Eid sei. Das Schwören ist freilich was Grosses. Sie weist mit Genugthuung darauf hin, dass sie, als es zum Schwören vor dem Crucifix kam, gleich die Wahrheit sagte, denn um ihre Seele sei ihr mehr leid gewesen als ums Steinschmeissen.

Wenn sie gewusst hätte, was der Handschlag bedeute, hätte sie gewiss die Wahrheit gesagt. Vor dem Dienstherrn habe

sie sich freilich gefürchtet, da sie ihn als einen groben, gewaltthätigen Menschen kannte, aber direct bedroht habe er sie nicht. Sie habe sich blos gedacht, er könnte ihr was anthun. Auch versprochen habe er ihr nichts für den Fall, dass sie falsch aussage. Sie bleibt dabei, dass er ihr befahl auszusagen, sie habe nichts gesehen.

Die heutige Exploration hält sie für das beste Mittel (Sitzung), wo ihr die Strafe ausgetheilt wird.

Gutachten.

Theresia L. ist geistig beschränkt. Sie ist es aber nicht in dem Grade, dass sie überhaupt unfähig wäre, die Bedeutung ihrer Handlungen zu erkennen und sich aus dieser Erkenntniss für Begehung oder Unterlassung einer strafbaren Handlung zu bestimmen. Jedenfalls sind bei ihr keine intellectuellen und ethischen Defecte von solcher Grösse nachweisbar, dass sie als schwachsinnig oder gar blödsinnig zu bezeichnen wäre.

Wohl aber ist sie als schwach an Verstand zu bezeichnen und insofern weniger sicher in ihren Urtheilen und weniger fest in ihren Entschliessungen, als dies bei auf der Durchschnittsstufe geistiger Vollentwickelung stehenden Persönlichkeiten der Fall wäre.

Auch muss zugegeben werden, dass derart verstandesschwache Individuen der Beeinflussung durch geistig Höherstehende, sei es durch Versprechen oder Drohung, sei es durch eingebildete oder wirkliche Widerwärtigkeit, die ihnen bevorstünde, leichter zugänglich sind.

Die Explorata gewärtigte Unannehmlichkeiten, wenn sie gegen den Dienstherrn aussagte. In ihrer geistigen Beschränktheit erschienen ihr jene grösser als in Wirklichkeit. Das Interesse, sich davor zu schützen, war mächtiger, die naheliegende Unannehmlichkeit grösser als die durch eine falsche Aussage vor Gericht zu gewärtigende. Die Wahrheitsgelobung durch Handschlag imponirte ihr nicht. Es bedurfte der feierlichen Aussage unter Eid, um sie zur Angabe der Wahrheit zu bestimmen, das Gewicht egoistischer Motive zu Gunsten sittlicher unwirksam zu machen.

Explorata sagt bezeichnend: „Um meine Seele war mir mehr leid als um das Steinschmeissen."

Dass sie nun vor dem Crucifix klar ihre Pflicht erkannte und aus freien Stücken die Wahrheit bekannte und die Lüge eingestand, beweist Vorhandensein ausreichender intellectueller und moralischer Urtheile und Begriffe.

Die Schwäche ihres Verstandes mit Bezug auf die incriminirte Handlung wird ersichtlich und ausschlaggebend durch die mangelhafte Geltendmachung jener rechtlich-sittlichen Anschaungen und durch die mangelhafte Würdigung der Bedeutung des Handschlages, als Uebernahme der Verpflichtung, die Wahrheit zu bekennen.

XVI. Giftmordversuch. Imbecillität.

Ergebnisse aus den Acten. Am 6. März 1887 Früh bereitete Juliane G. für sich und die Eltern den Morgenkaffee. Nach dessen Genuss wurde den Betreffenden unwohl, sie litten an Erbrechen.

Man schöpfte Verdacht, dass in den Kaffee etwas Unrechtes gerathen sei, setzte von demselben dem Haushund vor, der nach Genuss von dem Kaffee ebenfalls erbrach. Es entstand Verdacht gegen den Knecht H., 55 Jahre alt, ledig, seit 1. Jänner im Dienst, dass er den Kaffee vergiftet habe.

H. gestand nach anfänglichem Leugnen, dass er aus Rache, weil er nie einen Kaffee bekam, in momentaner Abwesenheit der Juliane, ein Stückchen weissen Arsen, wie er im Stall zur Pferdefütterung benutzt wurde, in den Kaffee geworfen habe. Er will schon vier Tage lang vorher das Stückchen Arsen mit sich herumgetragen und auf die Gelegenheit gepasst haben, die Bäuerin hinzumachen. „Ich hätte meine Freude daran gehabt, wenn sie hin geworden wäre, da sie so grob ist." Das Hinwerden der Anderen habe er nicht beabsichtigt. Er habe ein Stückchen von dem Arsenbrocken, der im Stall verwahrt wird, abgebissen und bei dieser Gelegenheit selbst ein Stückchen Arsenik gegessen, um zu sehen, wie es schmeckt. Die Wirkung sei gewesen, dass er selbst sich übergeben musste. Die Bäuerin war so grob, weil „ich oft meine Nothdurft auf den Boden der Rauchstube verrichtete. Sie drohte mir sogar, mir meinen Koth

ins Gesicht zu schmieren und mit meinem Janker den Zimmerboden zu reinigen. Darüber bin ich so harb geworden und habe beschlossen, die Bäuerin zu verfüttern."

H. sagt noch, „wenn ich dickschädelig war, so war die Hunzerei der Bäuerin schuld, die immer sagte, dass ich blödsinnig sei. Ich hätte wohl gern einen Kaffee getrunken, habe aber nie einen bekommen."

Eine Amtsbemerkung des Herrn Untersuchungsrichters lautet dahin, dass H. den Eindruck eines geistig sehr zurückgebliebenen, halb cretinhaften Menschen macht. Er ist überdies höchst schwerhörig und spricht schlecht articulirt.

H. ist uneheliches Kind, bei fremden Leuten aufgewachsen, hat nie die Schule besucht, an verschiedenen Orten als Bauernknecht gedient. Er ist gerichtlich unbeanständet. Die Dienstgeber, Eheleute G., erklären ihn für einen Halbnarren und Dickschädel, der, wenn er gerade seinen „Dickschädel" hatte, mit dem Essen höchst unzufrieden war, sich beklagte, dass er keinen Kaffee erhalte. Er sei zeitweise (zur Zeit des Neumonds) ganz verändert und esse dann tagelang nichts. Aus Bosheit habe er schon früher in anderen Diensten den Dienstgebern Asche, Salz u. dgl. in den Kaffee geschüttet, um denselben ungeniessbar zu machen. Sein Jahreslohn betrug nur 18 fl. Grob sei er nicht behandelt worden, nur habe man ihn zeitweise zurechtgewiesen, wenn er gar unreinlich war.

Ergebnisse der gerichtsärztlichen Exploration am 24. und 26. März 1887: Der äussere Eindruck ist der eines auf tiefer, geistiger Stufe stehenden Menschen. Die blöde Miene, die schlaffe Haltung, das täppische Wesen, der plumpe Gang, der leere Blick vermitteln diesen Eindruck. Versucht man es mit ihm in geistigen Verkehr zu treten, so ergibt sich grosse Schwierigkeit, insofern Explorat selbst bei noch so concret gestellter Frage meist verständnisslos bleibt, überdies schwerhörig ist, und mangelhaft articulirt. Allmählich gelingt mühsam ein geistiger Verkehr. H. theilt mit grinsend verlegener Miene mit, er habe die Bäuerin verfüttern wollen, weil sie so grob war. Er deponirt bezüglich der Species facti genau so wie es in den Verhörsprotokollen zu lesen ist. Wäre sie nicht so grob gewesen, so hätte er es nicht gethan. Er hätte gerne auch einmal Kaffee getrunken und doch keinen bekommen, ausser einmal

vor Jahren in St. und der hat so gut geschmeckt, wie er mit grinsendem Lächeln versichert.

Um die Bäuerin sei ihm nicht leid, denn sie sei ja nicht hin worden, habe nur gebrochen, gleichwie er selbst, als er den Hütterich versuchte. Er hofft bald heimzudürfen und meint allen Ernstes, dass er wieder zum früheren Dienstherrn könne, da er ja eh schon acht Tage eingesperrt sei und so was Zeit seines Lebens nicht mehr thue. Die rechtlich sittliche Bedeutung seiner That ist ihm nicht klar zu machen. Von Reue über dieselbe findet sich keine Spur. Als man ihm begreiflich macht, dass es ihm schlecht gehen könne, steht er rathlos da und fängt an wie ein Kind zu heulen. Schliesslich beruhigt er sich und bittet, ihn aussi zu lassen.

Er weiss, dass er im 32er Jahre geboren, vermag aber nicht zu sagen, wie alt er sei und nicht das Kalenderjahr anzugeben. Wohl aber weiss er, dass das Jahr zwölf Monate hat, jedoch kann er sie nicht aufzählen. Die Wochentage kennt er. Auch die einfachsten Geldsorten kennt er. Ein Gulden hat 100 Kreuzer, 10 Sechser. Weiter reicht seine Arithmetik nicht. Die Preise der Hausthiere, der gewöhnlichen Lebensmittel u. s. w. vermag er nicht anzugeben. Seine Beschäftigung war grobe Haus- und Stallarbeit. Die einfachsten socialen, politischen und religiösen Begriffe fehlen ihm. In körperlicher Beziehung ist hervorzuheben der entschieden missgewachsene, im Stirntheil fliehende, in den Seitenwandbeinen blasig ausgebauchte Schädel mit einem Horizontalumfang von 57·5 Centimeter. Durch die Verkürzung des Längsdurchmessers und die zurücktretende Nasenwurzel erinnert Explorat an cretinöse Entartung. Die vegetativen Organe sind normal.

Gutachten.

Explorat H. ist ein geistig äusserst tiefstehendes, den Blödsinnigen zuzuzählendes Individuum. Seine Schlüsse und Urtheile sind spärlich und unvollkommen. Der sittlich rechtlichen Bedeutung seiner Handlungen und ihrer Folgen ist er sich nicht klar bewusst. Sein geistiger Horizont entspricht kaum dem eines Kindes. Seine Handlungsweise wird durch wahrhaft kindische Motive bestimmt und wenn er auch einige Erfahrungs-

thatsachen, z. B. dass Arsen ein Gift ist, kennt, und damit nahe daran war, schweres Unheil anzurichten, so ist doch gerade die Species facti geeignet, seine blödsinnige Schwäche in ein helles Licht zu setzen.

Grobe Behandlung, recte richtige Werthschätzung seiner geistig defecten Persönlichkeit, die er selbst aber nicht zu beurtheilen vermag; Gelüste nach einem Kaffee, der ihm vorenthalten bleibt, sind die Triebfedern seiner That, bei welcher weder sittliche noch rechtliche Gegenmotive irgend welchen Einfluss gewinnen, obwohl kein Affect hindernd eintritt, vielmehr die That als eine prämeditirte dasteht. Mangel aller Voraussicht ergibt sich daraus, dass er blos die Bäuerin tödtlich treffen wollte, ohne zu bedenken, dass er sicher die ganze Familie gefährdete. Seine Blödigkeit ergibt sich weiter daraus, dass er, um zu probiren, wie das schmeckt, ein Stückchen Arsen selbst abbiss und kostete und damit sein eigenes Leben gefährdete. Seine ganze Erkenntniss der Bedeutung und Folgen seiner Handlung beschränkte sich auf die Einsicht, dass er einen dummen Streich gemacht hat und sein ganzes Schuldbewusstsein und Erkenntnissvermögen reducirt sich auf die Ansicht, dass er mit achttägiger Freiheitsentziehung und Arbeitslosigkeit genug gebüsst hat und es Zeit wäre, ihn in sein Geschäft zum Dienstherrn zurückzulassen! Dass ein derartig geistig defecter Mensch als nicht im Besitz des Vernunftgebrauches befindlich zu betrachten sein dürfte, bedarf wohl keines weiteren Beweises.

Ob die üble Erfahrung, die Explorat mit seiner Giftmischerei gemacht hat, ein genügendes Correctiv für sein ferneres Verhalten sein möge, muss dahingestellt bleiben. Jedenfalls dürfte es räthlich sein, den boshaften, geistig defecten Menschen einer Siechenanstalt zu fernerer Verwahrung zu überstellen.

XVII. Kindesmord. Imbecillität.

Actenergebnisse. Am 28. Februar 1886, Abends 7 Uhr, ging die hochschwangere Dienstmagd Maria St. aus dem Hause ihrer Dienstherrschaft fort in der Absicht, bei der 1½ Stunden entfernt in St. J. wohnenden Hebamme zu entbinden. Schon nach drei Tagen kehrte sie in den Dienst zurück und gab auf Be-

fragen an, sie habe richtig entbunden und ihr Kind an dem Ort, wo sie entbunden wurde, in Kost gegeben. In der Nacht, in welcher die St. das Haus verlassen hatte, träumte es dem Dienstherrn K., die St. habe im Wald entbunden und das Neugeborene durch Anschlagen an einen Baum ermordet. Der Traum machte tiefen Eindruck auf ihn. Eines Tages erzählte K. dem Gemeindevorsteher K., dass ihm die St. des Kindsmords verdächtig sei. K. zeigte die Sache der Gendarmerie an. Der Gendarm inquirirte die St. Sie gestand ihm, das Kind im Wald geboren, nach der Geburt erdrückt und am Ortsfriedhof verscharrt zu haben, weil der Kindsvater, der verheiratete Grundbesitzer T., ihr nichts zum Unterhalt des Kindes gegeben habe und sie dasselbe nicht allein erhalten konnte. Im Verhör vom 8. Jänner 1887 bleibt Inculpatin bei ihren Angaben.

Sie sei uneheliches Kind, habe vier Jahre Schule besucht, ein wenig Lesen und Schreiben gelernt, habe 200 fl. Pupillarvermögen, sei mit 13 Jahren in Dienst gekommen, habe vier Jahre, bis Weihnachten 1885, bei T. gedient, sei von ihm geschwängert und als er ihren Zustand bemerkte, aus dem Hause gejagt worden, habe nicht einmal den rückständigen Lohn von ihm erhalten, sei dann zum Bauer K. dienen gegangen. Am 28. Februar 1886 habe sie Wehen verspürt, sei Abends fort vom Hause, um bei der Hebamme in H. zu entbinden, sei nach etwa 1½ Stunden Gehens mitten im Walde von heftigen Wehen befallen worden, habe rasch ein lebendes Kind geboren und gleich nach der Geburt, da sie es nicht erhalten konnte, den Entschluss gefasst, es zu tödten. Inculpatin erinnert sich aller Details des Hergangs der That. Sie erwürgte das Kind mit der linken Hand, blieb dann angeblich noch zwei Stunden am Thatorte, dann sei sie mit der Leiche nach dem Ortsfriedhof St. J. gegangen, habe sie etwa 1½ Schuh tief an einer bestimmten Stelle verscharrt, habe dann noch bis zur Morgendämmerung an der Friedhofmauer verweilt und Reue über ihre That bekommen. Sie sei dann drei Tage in den Wäldern herumgelaufen ohne Nahrung und endlich zur Dienstherrschaft zurückgekehrt.

Die sorgfältigen Nachgrabungen an der von der St. bezeichneten Stelle und in weiter Umgebung derselben ergaben kein Resultat. Die St. gibt an, dass sie schon mit einem früheren Dienstherrn zwei Kinder erzeugt habe, die jedoch natürlichen

Todes gestorben seien. Eine Amtsbemerkung zu den Verhören lautet dahin, dass die St. alle an sie gerichteten Fragen prompt und bestimmt beantwortet und nicht geistesschwach zu sein scheint.

Vorleben der Inculpatin. Zeuge Mathias St. war bis vor einem Jahre Vormund der Inculpatin. Am 15. April 1885 gab dieser vor dem Bezirksgerichte St. zu Protokoll, dass seine (am 30. April 1862 geborene) Mündel, die am 18. Februar 1885 um Grossjährigkeitserklärung nachgesucht hatte, geistig nicht so weit sei, dass sie nächstes Jahr aus der väterlichen Gewalt entlassen werden könne. Am 21. August 1885 bezeichnet er sie geradezu als geistesschwach und bittet, ihn als 73jährigen Mann der Curatel zu entheben, da sie dringend eines jüngeren und in der Nähe wohnenden Curators bedürfe. Man erfährt noch von dem früheren Vormund, dass die St. als Kind an Fraisenanfällen litt, später (im achten oder neunten Jahre) eine schwere Krankheit durchmachte, von welcher ihr etwas im Kopfe zurückgeblieben sein dürfte. Sie habe drei bis vier Jahre Schule besucht, höchst mittelmässig gelernt, sei von frühester Jugend an sehr unfolgsam und alle guten Lehren hätten nichts gefruchtet. Diese Thatsache weiss sich Zeuge nicht anders zu erklären, als unter der Annahme, dass die St. geistig nicht vollkommen entwickelt sei.

Sie redete nämlich oft ganz unlogisch, gab auf dieselbe Frage bald die, bald die ganz entgegengesetzte Antwort. Dabei war sie unselbstständig, für fremde Einflüsterungen sehr zugänglich. Sie that dem T., was dieser wollte, obwohl sie den schlimmen Ausgang hätte vorhersehen müssen. Erst mit 20 Jahren sei sie in Dienst gekommen und habe sich einem unsittlichen Lebenswandel ergeben, wobei sich alle Ermahnungen des Vormunds fruchtlos gezeigt hätten.

Der jetzige Curator der St., Sp., Bruder des Vaters derselben, kennt sie seit 15 Jahren. Auch diesem fiel sie durch ihr unlogisches, beständig sich widersprechendes Gerede auf, was sich auch dieser Zeuge nur mit der Annahme erklären kann, dass sie geistesschwach sei.

Das Gemeindeamt L. bezeichnet die Inculpatin als leichtsinnige, rohe, ungebildete Dirne, sehr schlecht geschult und anscheinend auch im Geist nicht vollständig entwickelt. Zeuge

Pfarrer K. hält die St. für liederlich und verschmitzt. Sie stelle sich manchmal nur sehr beschränkt. Analog lautet das Urtheil des Gemeindevorstehers.

Die Dienstherrin K. und ihr Mann deponiren, dass die St. ihre Schwangerschaft nicht verheimlichte.

Auffallend war der Dienstgeberin, dass die St. ihre Kindswäsche, als sie das Haus verliess, nicht mitnahm, dass sich diese Kindswäsche einige Zeit nach der Entbindung ungebraucht hinter einem Getreidekasten vorfand. Frau K. will die St. immer fleissig, geschickt und gescheidt befunden haben. Sie war eine furchtsame Person, die sich, wenn es dunkel war, nicht mehr vor das Haus traute. Deshalb glaubt die K. auch nicht die Angabe, die St. habe in dunkler Nacht ihr Kind auf dem Kirchhof verscharrt. Es geht das Gerede, dass die St. anlässlich der Geburt eines früheren Kindes den Wunsch äusserte, es solle erwürgt werden. Im ersten Verhör gibt die St. noch an, aus Furcht vor Misshandlung seitens des Kindsvaters habe sie den Rath des K., den T. gerichtlich (wegen Alimentationspflicht) zu belangen, nicht befolgt.

Ergebnisse der gerichtsärztlichen Explorationen am 14., 15., 17. Februar 1887. Inculpate antwortet prompt und willig auf alle an sie gerichteten Fragen, aber man überzeugte sich bald, dass sie auf dieselbe Frage in kurzer Folge bald die, bald die entgegengesetzte Antwort gibt, dass sie „lügt" auch da, wo gar kein Interesse für sie auf dem Spiel steht, dass sie ihr Interesse gar nicht wahrnimmt. Sie sagt, was ihr gerade in den Sinn kommt, sie lügt, wenn man dieses psychologisch auffällige und nur aus Mangel der Reproductionstreue der Vorstellungen erklärbare Reden noch ein Lügen nennen darf, jedenfalls unbewusst. Sie sagt heraus, was ihr gerade in den Mund kommt, ohne sich zu besinnen, ohne zu überlegen, ohne sich bewusst zu werden, dass ihre Angaben sich oft diametral widersprechen. Aus diesem Grunde haben alle ihre Angaben nur sehr geringen Werth, sofern sie nicht durch ein förmliches Kreuzverhör verificirbar sind. Man braucht die Frage nur so oder so zu stellen, um beliebige Antwort zu erhalten und man hat die grösste Mühe, in die Inculpate Angaben, Facta, Motive nicht hinein zu examiniren. Spontaner Gedankenmittheilung erscheint sie nicht bedürftig. Ihre Denk- und Associations-

vorgänge sind jedenfalls sehr träge. Sie beantwortet die gestellte Frage prompt, offenbar ohne Rückhalt, aber dann versinkt sie in Schweigen, ohne Frage, Wunsch, Beschwerde oder sonstige selbstständige Gedankenregung.

Was an der Exploratin wieder auffällt, ist ihre gemüthliche Stumpfheit. Sie erzählt gefühllos den Hergang ihrer That, motivirt sie mit gänzlicher Mittellosigkeit und scheint in ihrem jedenfalls auf tiefster Stufe befindlichen ethischen Bewusstsein von dieser Motivirung vollkommen befriedigt. Von der ethisch-religiösen, juridisch-socialen Bedeutung ihrer That hat sie keine Erkenntniss. Nach Gefühlen sittlicher und bürgerlicher Ehre sucht man bei ihr vergebens. Ein mattes Gefühl der Reue tritt in ihr auf, als man sie an die Unannehmlichkeiten der Haft erinnert und ihr zu verstehen gibt, dass diese Haft noch lange dauern kann. Nur angesichts dieser Perspective geräth sie in ein kindisches Weinen und Schluchzen und versichert, dass sie so etwas nie mehr thun werde. Andere Male weckt die Erinnerung an ihre Schuld nur eine morose gereizte Reaction, eine läppisch-zornige Aufwallung mit der Motivirung, dass der Kindsvater Unterstützung und Lohn ihr vorenthalten und sie nicht anders handeln konnte als sie gehandelt hat.

Die Angaben über die Umstände der Geburt und des Kindsmordes sind äusserst widersprechend. Bald will sie einen Knaben, bald ein Mädchen geboren haben, bald behauptet sie, über das Geschlecht in Zweifel gewesen zu sein, da es dunkel war.

Bald will sie nach der That stundenlang sitzen geblieben, bald gleich nach der That fortgegangen sein. Bestimmt bleibt sie nur dabei, dass sie das Kind lebend geboren, zu keiner Zeit, während der Geburt oder nachher, das Bewusstsein verloren habe.

Da nach keiner Richtung eine Lücke in ihrer Erinnerung für die Zeit der incriminirten That nachzuweisen ist, verliert die Möglichkeit einer damals bestandenen Sinnesverwirrung allen Boden.

Ebenso bestimmt ergibt sich aus wiederholter Einvernehmung und Kreuzfragen, dass die St., als sie im einsamen dunklen Wald, von menschlicher Hilfe verlassen, gebar, von Hartigkeit erfasst war und in heftigen Zorn gegen den Kindsvater gerieth, der sie und das Kind so dem Elend preisgegeben hatte.

In dieser zornigen Aufwallung sei ihr der Gedanke, sich des Kindes zu entledigen, gekommen. Dass ihre That Sünde,

Verbrechen sei, habe sie nicht gedacht; eine Gewissensregung hat sie offenbar nicht verspürt, nicht einmal ein Gebet will sie vor oder nach der That gesprochen haben.

Aus ihren Angaben geht hervor, dass sie erst geraume Zeit später erkannte. dass sie etwas Unrechtes begangen, aber eine klare Erkenntniss Dessen, was geschehen und was kommen musste, hat sie nicht gewonnen. Sie habe Angst gehabt vor Schelten und Schlägen daheim, und deshalb sei sie noch drei Tage planlos in den Wäldern herumgelaufen.

Wie stupid das Geistesleben der Explorata sein muss, ergibt sich daraus, dass sie thatsächlich drei Tage obdachlos, ohne Speise und Trank, ohne Lager, im Winter, im Schnee als Neuentbundene sich herumtrieb, ohne in dieser entsetzlichen Situation — allerdings ohne Gewissensbisse — ein besonderes physisches Ungemach zu empfinden! Geschlafen habe sie nicht während dieser drei Tage. Ueber das, was sie mit der Leiche gemacht, bekommt man die widersprechendsten Angaben. Einmal sagt sie, sie habe dieselbe im Kirchhof vergraben, dann wieder im Wald, ein drittesmal, sie habe sie einfach liegen lassen. Schliesslich bleibt sie dabei, dass sie die Leiche an einen Waldhang einfach niedergelegt habe. Warum sie das Gericht mit falschen Angaben, die Leiche auf dem Kirchhof vergraben zu haben, gefoppt, weiss sie nicht zu motiviren. Schliesslich behauptet sie, sie habe diese Angabe in ihrem Irrsinn (recte Schwachsinn) gemacht, mit dem sie von der Kindheit auf behaftet sei.

Wegen ihres schwachen Kopfes und weil sie sich nichts merken könne, sei sie auch über die unterste Classe der Schule nicht hinausgekommen. Explorata kann nicht lesen, vermag blos ihren Namen zu schreiben und versteht Rechnen fast gar nicht. Auf die Frage, wieviel eine Zweikreuzersemmel kostet, antwortet sie „zwei Kreuzer," ohne sich bewusst zu werden, dass dies eine alberne Frage ist. Die gewöhnlichen Münzsorten kennt sie, weiss z. B. dass 10 Sechser auf 1 fl. gehen; wie viel Sechser auf 2 fl. bringt sie nicht zusammen. Sie hatte 3 fl. Monatlohn. Nur mit Nachhilfe berechnet sie, dass dies 36 fl. pro anno macht. Sie kennt nicht die Zahl der Monate und zählt sie nur unvollkommen auf. 16 Wochen gehen auf einen Monat. Die Woche hat 8 Tage. Sie weiss nicht das Kalenderjahr.

Die Preise der gewöhnlichen Lebensmittel kennt sie nicht. Eine Addition verschiedener Scheidemünzen im Betrage von über einem Gulden gelingt ihr nicht.

Sie weiss übrigens, dass sie 200 fl. bei der Waisencasse in St. besitzt. Sie habe das Geld noch nicht in Händen, weil sie noch nicht 24 Jahre alt sei. Von Zinsen eines Capitals hat sie keinen Begriff. Den Namen ihres jetzigen Vormunds kennt sie nicht.

Auf Befragen theilt sie mit, dass sie katholisch sei. Was das heisst, weiss sie ebensowenig als dass es noch andere Confessionen gibt. Die Worte Himmel und Hölle kennt sie, aber die Begriffe sind dunkel. Im Himmel ist der Herrgott. Von Jesus Christus weiss sie nichts. Sie meint, sie sei wohl in den „Katekis" und die Christenlehr gegangen, aber merken thue sie sich nichts.

Vaterunser und englischen Gruss betet sie geläufig herunter. Auf die Frage, wie die Mutter Gottes heisse, weiss sie keine Antwort. Man kann sie wiederholt das Ave Maria hersagen lassen, sie betet es mechanisch herunter, ohne darauf zu kommen, an wen es gerichtet ist und eine Antwort auf die Frage darin zu finden.

Alles Andere ausser diesen Gebeten hat sie „vergessen". Eine Erläuterung von Stellen des Vaterunser vermag sie nicht zu geben. Vom Papst weiss sie nichts. Sie erinnert sich, dass sie gefirmt wurde, weiss aber nicht, was das bedeutet. Durch die Erinnerung an Firmung kommt sie auf die Vorstellung „Bischof", weiss aber nicht anzugeben, was das ist. Beichten geht man, wenn man etwas anstellt, damit einem der Herrgott nicht „verlasst," deshalb habe sie auch den begangenen Kindesmord gebeichtet. Der Aufforderung des Geistlichen, sich dem Gericht anzuzeigen, habe sie nachkommen wollen. Gewissensregungen über ihre That hat sie keine gespürt. Erst neuerlich, seit sie in Haft, sei ihr oft hart und schwer in Gewärtigung einer Strafe. Worin diese bestehen mag, ist ihr unklar. Als Feste der Kirche kennt sie die „schönen Sonntage und den Umgang", ferner Josefi. Eine Erklärung vermag sie nicht zu geben. Das heil. Grab dient dazu, dass die Leute daran beten. Was es bedeutet, weiss sie nicht.

Der Begriff Steiermark, Oesterreich ist ihr nicht geläufig. Von einer Stadt Wien hat sie nie gehört. Auch die Vorstellung „Kaiser", „Landesherr" ist ihr fremd.

So oft man sie zur Erkenntniss ihrer That führen will, zeigt sich die Unzulänglichkeit ihrer intellectuellen und namentlich ethischen Auffassung. Sie kommt immer wieder darauf zurück, dass ihr der Kindsvater nichts gegeben, ihr den Lohn zurückbehalten habe. Auch habe sie keine Kindeswäsche, wenigstens keine Windeln gehabt. Da habe sie sich nicht anders zu helfen gewusst. Dass sie eine Dummheit, einen Fehler begangen, sieht sie jetzt ein. Einer höheren Erkenntniss ist sie nicht fähig. Sie will, wenn sie hinaus kommt, auch gewiss keinen Mann mehr anschauen.

Den T. zu verklagen, habe ihr der Muth gefehlt, auch wisse sie nicht, wo und wie man das thut. Den Vormund um Hilfe anzugehen, sei ihr nicht eingefallen, ebensowenig der Gedanke, des Kindes durch Hinterlegung bei bewohntem Hause sich zu entledigen.

Explorata ist körperlich eine mittelgrosse, kräftig gebaute, etwas blutarme Persönlichkeit.

Der Umfang des Schädels misst 54 Centimeter. Der Stirnschädel ist schmal, der Gesichtsschädel sehr breit. Das Hinterhaupt ist steil, der Schädel ist unsymmetrisch, leicht verschoben. Die Stirn- und Scheitelbeinhöcker sind vorgetrieben.

Die Schilddrüse, besonders ihr linker Lappen, ist kropfig entartet. Der Ausdruck des Gesichts ist stumpf, geistlos, oft mürrisch, trotzig.

Die körperlichen Functionen sind ungestört. Der Schlaf ist ruhig.

Gutachten.

1. Explorata erscheint als eine geistig höchst defecte, intellectuell wie moralisch äusserst tief stehende Persönlichkeit.

Die erste Frage muss dahin gehen, ob Mangel oder Fehler der Erziehung diesen Defect verschuldeten oder ob er eine krankhafte Bedeutung hat.

Dass ein so tiefer geistiger Defect durch äussere Bedingungen verschuldet sei, ist nicht annehmbar, denn Explorata ist in einem Culturland aufgewachsen und vier Jahre lang der Wohlthat des Schulunterrichtes theilhaftig gewesen. Auch ihr moralischer Tiefstand ist psychologisch nicht erklärbar. Sie war

bis zum 20. Jahre im Hause des Vormunds, wurde von diesem zu allem Guten angehalten. Gleichwohl erschien sie schon von Kindesbeinen auf unfolgsam, guten Lehren unzugänglich, und, kaum der Zucht und Aufsicht des Vormunds ledig, erwies sie sich einer sittlichen Lebens- und Selbstführung unzugänglich. Die Erklärung des intellectuellen und sittlichen Defectes kann offenbar nur in organischen Bedingungen gesucht und gefunden werden. Ausreichende Gründe für die Zurückführung der Defecte auf eine Entwickelungshemmung des Gehirnes ergeben sich aus den Depositionen des Vormunds, wornach Explorata als Kind an Fraisen litt und mit acht oder neun Jahren an einer acuten Krankheit, von der etwas im Kopfe zurückgeblieben sei. Diese Angaben finden eine gewichtige Stütze in dem krankhaft gearteten Schädel der St., in ihrer geistig stumpfen Physiognomie, in ihrem ganzen äusseren Verhalten und Gebahren.

Sie erscheint damit als eine originär und durch organische Bedingungen geistig defecte Persönlichkeit.

2. Forensisch entsteht die wichtige weitere Frage, ob diese geistige Schwäche derart ist, dass sie das Bewusstsein der Strafbarkeit der incriminirten That und ihrer Folgen, die Erkenntniss ihrer rechtlichen und sittlichen Bedeutung ausschloss?

Die eingehende Prüfung des Geisteszustands, deren Resultate in der obigen Relation niedergelegt sind, sprechen gegen die Möglichkeit, dass Inculpatin ihre That in ihrer Bedeutung und ihren Folgen zu würdigen und aus dergestalt rechtlichen logischen und sittlichen Motiven sich für deren Begehung oder Unterlassung zu bestimmen vermochte. Das Gedächtniss ist schwach, lückenhaft, auf rein mechanische Leistungen beschränkt. Die Resultate des Schulbesuches sind äusserst dürftig. Der geistige Horizont ist ein höchst eng begrenzter. Die Begriffe sind höchst spärlich und die wenigen, welche aufzufinden, unklar. Ein selbstständiges Denken mangelt fast völlig, Urtheile, Schlüsse vollziehen sich selten und mühsam. Eine Anregung zum Denken wird kaum empfunden. Der Wille ist schwach und das Urtheil höchst unselbstständig, so dass die Selbstbestimmungsfähigkeit mangelt und der Wille Anderer, die Beeinflussung von aussen und die eigenen niederen Triebe wesentlich das Thun und Lassen der geistig defecten Persönlichkeit bestimmen.

Nicht genug an diesem Mangel der Intelligenz, fehlt es auch an dem Gemüth, an sittlichen Gefühlen, an der Fähigkeit, mit solchen (sittliche) Vorstellungen zu verbinden, durch solche zu allgemeinen sittlichen Urtheilen und Begriffen zu gelangen, wie solche der Vollsinnige besitzt, zur Bildung eines Charakters und zur Gewinnung von Lebensgrundsätzen als Leitmotiven einer Selbstführung und als Grundbedingung einer Selbstbestimmungsfähigkeit verwerthet. Dieser ethische Defect ist bei der Explorata entschieden noch grösser und macht sie im Vereine mit dem intellectuellen Ausfall unfähig, eigene, geschweige sittliche rechtliche Interessen wahrzunehmen, geschweige sich für Begehung oder Unterlassung einer Handlung, bei der sittliche und rechtliche Gesichtspunkte in Betracht kommen, zu entscheiden, zu bestimmen.

Dass auf einem solchen sterilen Boden auch die Grundlehren des Christenthums keine Wurzel fassen konnten und dass Explorata aus dem Religionsunterricht nur die Namen einiger Feste und die mechanische Fertigkeit des Aufsagens einiger Gebete davontrug, ist nach allem Gesagten eine nothwendige Folge ihres Defectes und mit ein Beweis für diesen.

Während bei anderen Schwachsinnigen mit weniger tiefstehendem Gefühlsleben doch wenigstens die moralischen Urtheile und Begriffe Vollsinniger aufgenommen und als dürftige, mehr weniger instinctive Directive des eigenen Handelns Verwerthung finden, fehlt auch dieser mnemonische Erwerb bei der von Kindesbeinen gemüthlich stumpfen, unlenkbaren Unglücklichen.

3. Eine derart intellectuell und ethisch defecte Pesönlichkeit befindet sich eines Nachts einsam, von aller Hilfe entblösst in Geburtsnöthen im Wald, im Schneegestöber, während sie doch sonst bei ihrer Furchtsamkeit, wenn es dunkelte, sich nicht vor das Haus traute. Während des Geburtsvorgangs wird ihr beklommen, ängstlich, sie geräth in Zorn über den Kindesvater, der sie hilflos, mittellos sich selbst überlassen.

Da beschliesst sie, sich des eben geborenen lästigen Kindes durch Mord zu entledigen, und führt kaltblütig die That aus. Diese erscheint ihr hinterher als ein dummer Streich, und wie ein Kind, das daheim etwas Schlimmes angestellt hat und Schelte und Vorwürfe fürchtet, getraut sie sich nicht nach Hause. Von Gewissensbissen ist diese krankhaft gemüthlose Persönlichkeit

auch in der Folge nicht heimgesucht. Erst in der Haft bereut sie, aber diese Reue bezieht sich auf die Folgen der That und erhebt sich nicht zu einer Erkenntniss der Bedeutung dieser für die menschliche Gesellschaft und für sie selber.

Aus der Schilderung und Analyse des defecten geistigen Mechanismus der Explorata lässt sich die Handlungs- und Reactionsweise derselben als eine natürliche nothwendige Consequenz ihrer krankhaften Gemüthlosigkeit und Intelligenzschwäche erkennen.

Nicht minder ist es begreiflich, dass sie Rathschläge, den Vater ihres Kindes zur Zahlung von Alimenten oder wenigstens Lohn gerichtlich zu verhalten, den Vormund um Rath und Hilfe anzugehen nicht beachtete, und dass ihr nicht beifiel, sich des Kindes in minder grausamer Weise entledigen zu können.

Die Gerichtsärzte fassen ihr Gutachten dahin zusammen:

1. Marie St. ist eine intellectuell und ethisch tiefstehende Persönlichkeit.

2. Sie ist es durch Entwickelungshemmung ihres Gehirnes.

3. Der geistige Defect ist so gross, dass sie einer Selbstführung zeitlebens unfähig, der sittlich rechtlichen Erkenntniss der Bedeutung ihrer incriminirten That und ihrer Folgen unzugänglich ist.

4. Die strafbare That fand unmittelbar nach der Niederkunft und im Zustand eines Affectes statt. Dieser war aber nicht bis zur Höhe einer Sinnesverwirrung gesteigert.

5. Anhaltspunkte für eine Gemeingefährlichkeit der Explorata ergeben sich nicht, jedoch bedarf sie dauernd der Curatel und könnte sie bei neuerlicher hilfloser Niederkunft abermals ihrem Kinde gefährlich werden.

XVIII. Brandstiftung im Affect. Imbecillität, complicirt durch beginnende Dementia senilis.

Ergebnisse aus den Acten. Am 27. Juli 1884 gegen 3 Uhr Nachmittags brach beim Stallgebäude des Keuschlers Anton H. in Sch. Feuer aus, das den ganzen Besitz dieses Mannes verzehrte. Eine Zigeunerin will in der Nähe der Brandstätte einen alten Mann hastig und auffallend im Walde herumrennend gesehen haben. Dieser Mann habe ganz verzweifelt ausgeschaut. Diese Mittheilung wurde Gespräch in der Gemeinde.

Der Verdacht der Brandstiftung richtete sich auf den 76 Jahre alten Einleger Franz R.

Am 30. September wurde R. arretirt, gestand sofort die That und motivirte sie damit, dass er auf einen Gastinwohner des H., einen gewissen T., einen Zorn gehabt habe.

In dem ersten Verhöre (1. October 1884) hält R. sein Geständniss aufrecht. Er motivirt seine That damit, dass T. ihn um 50 kr. und eine Gatie einmal bestohlen habe, dass er seither auf diesen böse sei und dass ihm, als er am 27. Juli an dem Hause des H. vorbeikam und den P. darin bemerkte, plötzlich der Gedanke gekommen sei, diesen tüchtig zu schrecken, indem er ein Feuer mache. Er gibt zu, dass er sich bewusst war, dass dadurch auch das Haus angehen konnte. Als es brannte, sei er heim, habe gleich heftige Reue gefühlt und sich seit der Zeit meist in den Wäldern herumgetrieben.

Inculpat bleibt im weiteren Verhöre (20. October 1884) bei seinen Angaben. Die Höhe des Schadens beziffert er auf etwa 100 fl., obwohl derselbe viel grösser. ist. Der Untersuchungsrichter macht die Amtsbemerkung, dass R. in hohem Grade schwachsinnig zu sein scheine, zudem sei er schwerhörig. Zeuge H. deponirt, dass er mit R., der öfter bei ihm als Einleger war, gut gestanden sei, jedoch habe dieser gegen T. seit Jahren Groll gehabt, weil er sich von diesem bestohlen glaubte und dieser ihn immer zur Arbeit anhielt. Schon vor Jahresfrist habe R. dem Sohne des Zeugen gesagt, er werde dem T. noch einmal etwas anthun, woran dieser sein Lebtag denken werde. Als R. drei Wochen nach dem Brande wieder einmal auf der Einlegertour zu H. gekommen und der Frau des T. ansichtig geworden war, verschwand er sofort und kehrte nicht wieder.

T. stellt Feindschaft mit R. sowie Bestehlung durch denselben in Abrede. Er bezeichnet den R. als einen unverträglichen Menschen, der seine Sachen vielfach verloren und sich dann bestohlen gewähnt habe. Diese Meinung vertritt auch H.

Der Gemeindevorsteher berichtet, dass R. seit neun Jahren in der Gemeinde als Einleger verhalten werde, da er eines offenen Fusses wegen arbeitsunfähig sei. R. sei ein seccanter, unverträglicher, zudem ungeschickter Mensch, der überall seine Sachen verliere und dann die Leute des Diebstahls ohne Grund beschuldige.

Ergebnisse der gerichtsärztlichen Exploration am 31. October und 4. November. Explorat ist ein körperlich decrepider, mit Lungenemphysem und chronischem Lungencatarrh, einem sehr ausgebreiteten nässenden Fussgeschwür am rechten Unterschenkel behafteter Mensch. Der Schädel ist regelmässig, die Miene verwittert, fatuös. Haltung und Gesammteindruck lassen geistige Schwäche vermuthen. Explorat ist in hohem Grade schwerhörig, aber ausserdem ist er begriffstützig, und man hat grosse Mühe, in geistigen Rapport mit ihm zu treten.

Sobald er einmal eine Frage erfasst hat, antwortet er prompt, und man gewinnt die Ueberzeugung, dass er sich gibt, wie er ist, und nicht hinterhältig ist.

Ueber seine Gesundheitsverhältnisse befragt, theilt er mit, er sei schon alt, gebrechlich, werde immer schwerhöriger, könne sich nichts mehr recht merken, habe oft Kopfweh.

Auf seine That wiederholt gebracht, bleibt er dabei, dass er den T. blos habe schrecken wollen, indem er, eine Klafter vom Hause entfernt, einen Haufen Reisig anzündete. Er habe das Haus nicht anzünden wollen. Dass das Unglück geschehen sei, daran sei der Wind schuld, der gerade geweht habe.

Als Motiv des Anzündens gibt er stereotyp an, der T. habe ihn seit zwei Jahren bestohlen, zuerst mit 50 kr., ein Jahr drauf mit einer Gatie und einem Hemd. Auch der Bauer und seine Frau hätten mit T. gegen ihn gehalten, und da habe er doch harb werden müssen, denn wenn man nur drei Hemden habe, könne man sich nicht eines stehlen lassen, sonst bekomme man Läuse. Er sei seit Jahren Einleger. Da lerne man Kälte und Hunger vertragen. Jedermann meine, er dürfe mit so einem armen Zottel machen, was er wolle. Er sei eigentlich wie ein Hund gehalten worden. Wenn der Mensch nicht mehr arbeitet, kann er freilich nicht viel begehren.

Als er am 27. Juli an dem Hause vorbeigegangen und den T. drin gesehen, der dort ein gutes Leben habe, trotzdem er ihn bestohlen, sei ihm der Zorn aufgestiegen, und er habe eben in diesem Zorne, dass es diesem dort so gut gehe, während er als armer Zottel wie ein Hund leben müsse, beschlossen, Jenem einen Streich zu spielen. Jetzt sehe er seine Dummheit freilich ein. Es sei eben traurig, wenn der Mensch so dumm sei. So recht dumm sei er übrigens erst, seitdem er so alt geworden,

Wenn er keinen Verdruss auf den T. gehabt hätte, wäre ihm so etwas nicht eingefallen. Freilich ist es auch ein Fehler mit den — Zündhölzchen. „Wenn so ein Zündholz nur ankommt bei Stroh oder Laub und der Wind geht, so kann gleich ein Brand ausbrechen. So ist es mit einem Buben gegangen, der mit Zündhölzchen gespielt und zwei Häuser abgebronnen hat. Man sollte den Buben keine Zündhölzer lassen."

Zu einer Einsicht in die Schwere seiner That ist R. nicht zu bringen. Zum Schluss einer derartigen Vorstellung meint er ganz gleichgiltig: „ist eh' wahr", und kommt immer wieder auf den Diebstahl des T., der ihn in Zorn gebracht, auf die Gefährlichkeit der Zündhölzer, auf den Wind, der an dem Brand schuld sei, zurück, indem er ganz gemüthlich sagt, es sei blos eine Inwohnerkeusche gewesen, und der Bauer habe ja genug Holz, um eine neue zu bauen, er habe soviel, um zehn zu errichten.

Als man ihn mit Strafe schrecken will, hebt er mit bezeichnender Geberde und gemüthlichem Grinsen die Hände bittend empor und sagt: „bitt' gar schön, aussi lassen, thu' lieber arbeiten; sitz' schon ein Monat . . ."

Als man näher eingeht, meint er, so gut wie hier sei es ihm noch nicht gegangen. Am liebsten bliebe er eigentlich hier, für seine Leibesnothdurft sei ja gesorgt, aber es fehle ihm die Arbeit, der Tag sei ihm hier zu lang, und Nachts könne er zu wenig schlafen.

Bei der zweiten Exploration bringt er die Bitte vor, ihn in die Strafanstalt zu bringen. Das sei ein Ort, wo, wie er gehört, man Arbeit bekomme. Es ist nicht möglich, ihm klar zu machen, dass dies ein Ort für Verbrecher sei; er hält ihn für ein Versorgungshaus. Er bittet inständig um die Strafanstalt, klopft den Aerzten treuherzig auf die Achsel, sie seien ja brave Herren und werden ihm seinen Wunsch gewähren. Der geistige Horizont des R. ist offenbar originär eng begrenzt. Ausserdem bietet er Zeichen des Marasmus senilis, beginnenden Altersblödsinns. Seine Erinnerungen aus längst vergangener Zeit sind ziemlich treu — er sei 19 Jahre verheiratet gewesen, kinderlos, sein Weib früh gestorben. Seit dem 21. Jahre sei er mit dem Fussleiden behaftet und deshalb nicht zum Militär gekommen.

Die Erlebnisse der letzten Jahre werden ungenau reproducirt, er irrt vielfach in Zeitangaben, kennt das laufende Jahr nicht, bleibt dabei, dass T. ihn bestohlen habe.

Schreiben und Lesen habe er wohl einmal gekonnt, aber im Laufe der letzten zehn Jahre vergessen. Auf die Frage, ob er nicht die Höllenstrafen fürchte, meint er, „was kann man da machen, Kameraden find' ich eh dort. In die Hölle kommt nur die Sünd', nicht der Mensch". In der Beicht thut man seine Sünden ansagen. Beim Abendmahl bekommt man das hochwürdigste Gut in den Mund gesteckt. (Ueber diese elementare Vorstellung kommt er nicht hinaus.) Vom Teufel weiss er nichts. („So gelehrt bin ich nicht. Bin wohl in die Schule gegangen und hab' davon gehört, hab' mir es aber nicht merken können.") Die höchsten Feste sind der Christ-, Oster-, Pfingsttag. Am ersten ist Christ geboren, am zweiten auferstanden. „Er ist nämlich vom Kreuz abi gestiegen und auf die Bahre gelegen, weil er gestorben ist."

Pfingsttag ist ein heiliger Geist. Bei dem erklärt er sich nicht auszukennen.

Gutachten.

Franz R. ist ein in hohem Grade originär schwachsinniger, dazu altersschwacher, körperlich decrepider, an beginnendem Altersblödsinn leidender, mit körperlichen Gebrechen behafteter Mensch, der schon längst der Versorgung in einer Humanitätsanstalt (Siechenhaus) bedürftig gewesen wäre. Seine incriminirte That ist im Zustand eines Affectes zu Stande gekommen und steht mit einem Wahn des Bestohlenseins im Zusammenhang. Der Wahn, bestohlen zu sein, ist bei altersschwachen Leuten, die aus Zerstreutheit und Vergesslichkeit ihre Habseligkeiten verlegen und verlieren und diesen Abgang mit Diebstahl motiviren, ganz gewöhnlich. Die Annahme, dass diese Erklärung auch beim Exploraten zutreffe, ist naheliegend.

Die geistige Schwäche des R. ist derart, dass eine volle Einsicht in die Bedeutung und Strafbarkeit seiner That nicht angenommen werden kann. Zudem haben sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass er die leichtmöglichen Folgen seines Feueranmachens, um den Anderen zu schrecken, bedacht habe, noch bei der Schwäche seines geistigen Mechanismus bedenken konnte.

Ebenso wenig lässt sich annehmen, dass er bei der gemüthlichen Apathie und der Dürftigkeit seiner moralischen Urtheile, die eine integrirende Theilerscheinung seines geistigen Schwächezustandes bilden, zur Erkenntniss der sittlichen Bedeutung seiner Handlungsweise gelangen kann, und damit fehlt auch die Erkenntniss der sittlichen und bürgerlichen Folgen für jene, der entehrenden Bedeutung einer Strafe und eines Strafortes, der für ihn nur die Bedeutung eines bei seinen bescheidenen Ansprüchen an das Leben möglicherweise angenehmen Aufenthaltsortes haben könnte.

Die Gerichtsärzte fassen demgemäss ihr Gutachten dahin zusammen, dass Franz R. ein imbecilles und durch Altersveränderungen des Gehirnes in hohem Grade geistig geschwächtes Individuum ist, das der Einsicht in die Bedeutung und Folgen seiner Handlungen ermangelt.

XIX. Diebstahl. Imbecillität, complicirt durch beginnende Dementia senilis.

Actenergebnisse. Dem Besitzer G. wurden im October 1884 aus seinem Wald circa 1500 Stück Dachschindeln entwendet. Anfangs März 1885 gestand Simon J., Knecht bei einem gewissen St., dem nach dem Thäter forschenden Gendarm, er habe die Schindeln entwendet. Er verwickelt sich aber bezüglich der Details des Diebstahls und bezüglich der Abnehmer des gestohlenen Guts in auffallende Widersprüche. J. wurde am 10. März 1885 arretirt.

Im Verhör gibt er seine Generalien richtig an. Er ist über 50 Jahre alt, Witwer, gesteht zu, dass er wiederholt wegen Diebstahls bestraft worden sei. Die Entwendung der Schindeln gibt er nur insofern zu, als er auf Geheiss der Bäuerin zweimal eine Handvoll Schindeln weggetragen habe, die von der Bäuerin zur Ausbesserung des Daches verwendet worden seien. Diese letztere Behauptung erwies sich übrigens unrichtig, gleichwie andere Angaben zeitlich und hinsichtlich der Personen nicht stimmten. In den folgenden Verhören vom 15. und 22. März bleibt J. bei diesen Angaben. Am Schlusse des Verhörs vom 15. März findet sich die Amtsbemerkung, dass J. den Eindruck eines Geistesgestörten mache. Das Bezirksgericht theilt der

Staatsanwaltschaft mit, dass J. bei wiederholtem Verkehr den Eindruck eines geistig Gestörten hervorrief und dass es sich empfehlen dürfte, ihn auf seinen Geisteszustand gerichtsärztlich untersuchen zu lassen.

Ergebnisse der gerichtsärztlichen Exploration vom 24. März. Simon J. gibt prompt und willig Auskunft auf die ihm gestellten Fragen. Er sei unehelich geboren, habe keine Schule besucht, Witwer, kinderlos, denn er habe nie Lust gehabt, Kinder zu erzeugen. Sein Alter vermag er nicht anzugeben. Er sei eben hübsch alt, so um das 30er Jahr geboren. Wie lange er Witwer sei, vermag er nicht auszurechnen. Ueberhaupt ist er weniger klar und sicher bezüglich Erlebnisse und ihrer Datirung aus jüngerer Zeit als aus längst vergangener.

Sein geistiger Horizont ist ein eng begrenzter. Er fasst schwer auf, und es bedarf mehrfach geänderter und möglichst einfacher Fragestellung, um ein Verständniss zu erzielen.

Er rühmt seinen Fleiss im Beten und Kirchenbesuchen, aber die Bedeutung der Feste der Kirche ist ihm ganz unklar. So definirt er z. B. den Frohnleichnamstag als ein Fest, bei dem der Himmel ausgetragen wird. Da sei er immer mitgegangen. Ebenso dürftig sind seine socialen Begriffe. Das Land hier ist criminalisch. Dieses Wort weiss er nicht weiter zu erklären. Von rechtlichen Verhältnissen, von Obrigkeit, Gesetzen, Kaiser, Papst weiss er so gut wie nichts.

Jahr, Jahreszeit, Monat, in dem wir leben, weiss er nicht zu benennen. Er sei seit drei Tagen hier. Früher sei er beim H. in Dienst gewesen. Hinterher fällt ihm ein, dass er aus dem Arrest in V. daherkam, jedoch weiss er nicht anzugeben, wie lange er dort inhaftirt war.

Er weiss, dass er wegen der Schindeln sich hier befindet, da sei er aber unschuldig hineingekommen, denn die Weiber hätten Schindeln gestohlen, nicht er. Auf die Frage, warum er dann dem Gendarm gegenüber sich als Dieb bekannt habe, meint er ohne irgendwelche gemüthliche Erregung: „ja, was kann man da machen. Die Weiber haben es mich angeheissen, dass ich es so sagen soll". Dass er damit in Ungelegenheiten gekommen, erkennt er nicht. Auf die Frage, ob und wie er dann seine Unschuld erweisen könne, sagt er: „ja, das ist richtig wahr." Mit der grössten Gelassenheit wiederholt er diesen Satz und

meint, dass damit die Sache abgethan und seine Unschuld erwiesen sei. Er bleibt dabei, dass das „Hollermadel" und die „alte Mutter" (auf deren Namen er sich nicht besinnen kann) die Schindeln gestohlen und ihn angeheissen haben, die Schuld auf sich zu nehmen. Auf die Bemerkung, dass die Sache nicht so einfach sei und er am Ende gar Strafe bekommen könne, meint er: „was kann man da machen, sind viel Leut' drin". Er sei eigentlich nicht ungern hier. Das Essen sei ordentlich. Langeweile habe er nicht, er mache Schachteln. Uebrigens gehe er doch lieber heim arbeiten, als hier bleiben.

Explorat ist gemüthlich ganz indifferent. Er kümmert sich nicht um die Mithäftlinge, lebt ganz in den Tag hinein, macht sich keine Sorgen wegen der Zukunft und ist durch nichts aus seiner Apathie und Gleichgiltigkeit zu bringen.

Körperlich erscheint J. in hohem Grad decrepid und mindestens 15 Jahre älter, als er wirklich laut Acten ist.

Er bietet vorgeschrittene Erscheinungen einer senilen Involution am ganzen Körper, allgemeinen Marasmus, runzelige Haut, Fettschwund, verwitterte Züge, beginnenden Greisenbogen am Auge, Lungenemphysem, dumpfe Herztöne und Greisenpuls.

Gutachten.

Simon J. ist ein ab origine geistig schwach begabter Mensch. Er repräsentirt einen höheren Grad von Imbecillität, insofern er in der übersinnlichen Sphäre ein Fremdling ist, nur spärliche und dürftige Abstractionen von der sinnlich concreten Welt der Erscheinungen im Laufe seines Lebens zu machen vermochte, die jedenfalls zur Erwerbung ausreichender rechtlicher sittlicher Begriffe und Urtheile nicht ausreichten. Sein geistiger Horizont reicht nicht viel weiter als der eines Kindes. Zu diesem ab origine bestehenden Defect seines geistigen Vermögens ist eine weitere Schmälerung des dürftigen geistigen Besitzes getreten, die offenbar der Ausdruck einer beginnenden senilen Involution seines Gehirns ist, als Theilerscheinung des senilen Marasmus, dem ungewöhnlich früh und intensiv der gesammte Körper anheimgefallen ist. Explorat befindet sich in in einem Anfangsstadium des Greisenblödsinns (Dementia senilis), und daraus erklärt sich seine Gedächtnissschwäche, besonders für Namen, seine mangelhafte Orientirung bezüglich zeitlicher

Verhältnisse, seine Schwierigkeit, Erlebnisse, namentlich solche aus der Jüngstvergangenheit zu reproduciren und zeitlich richtig zu stellen, endlich die Unerregbarkeit seines Gemüthslebens.

Es lässt sich annehmen, dass in nicht ferner Zeit der Zustand des Exploraten zu völliger Verblödung vorschreiten und derselbe nur mehr ein Gegenstand humanitärer Versorgung sein wird.

Bei seiner originären und seiner jedenfalls schon seit längerer Zeit bestehenden senilen Geistesschwäche ist es nicht annehmbar, dass derselbe im Herbst des Jahres 1884 im Stande war, die Bedeutung und Folgen seiner Handlungen zu ermessen und sich für Begehung oder Unterlassung derselben darnach zu bestimmen. Die psychiatrische Erfahrung, wornach derartige geistig schwache Individuen von Vollsinnigen nicht selten zu strafbaren Handlungen benutzt werden, deren intellectuelle Urheber diese sind, dass ferner die Aufsichnahme einer Schuld durch Geschenke, Versprechungen Vollsinniger seitens Schwachsinniger leicht möglich ist, lässt die Entschuldigung des Exploraten bezüglich der ihm zur Last gelegten That nicht ohne weiteres als eine Ausflucht erscheinen.

XX. Gefährliche Drohung. Imbecillität, complicirt durch Mania periodica.

Ergebnisse aus den Acten. Am 2. August 1884 deponirte Grundbesitzer A. beim k. k. Bezirksgericht in F., am 31. Juli sei Vincenz E., 56 Jahre, gewesener Keuschler bei ihm gewesen, habe verlangt, dass A. E.'s Weib, das bei ihm diente, aus dem Dienst entlasse. Da E. dazu nicht berechtigt war und auch dessen Weib keine Lust zeigte, den Dienst zu verlassen, sei E. furchtbar erbost geworden, habe mit Anzünden des Hauses gedroht, diese Drohung später im Wirthshaus, wo er ein Spottgedicht auf A. vorgetragen, mit den Worten: „ich werde des A.'s Haus an allen vier Ecken anzünden und mich dann aufhängen", wiederholt. A. gab weiter an, dass er in beständiger Furcht lebe, der übelbeleumundete E., der schon früher geäussert habe, wenn es ihm schlecht gehe, stelle er etwas an, wofür er Kost und Quartier bei Gericht erhalte, werde seine Drohung wahr machen. A. fühlte sich umsomehr beunruhigt, da in der Nacht auf den 1. August ihm Feldfrüchte und Obstbäume im Werth von 6 fl. 70 kr. beschädigt wurden.

Aus dem Gendarmerierapport erfährt man, dass E. am Abend des 31. August betrunken war, vom Knecht des A., einem gewissen F., als er im Wirthshaus zum zweitenmal mit Brand drohte, derb geprügelt wurde, dann das Wirthshaus verliess, zum Gemeindevorsteher G. ging, dort die Drohung wiederholte, von diesem darüber zurecht gewiesen, erklärte, abbrennen thue er ja nicht. Er wolle den A. mit solcher Rede nur schrecken, weil er ja nicht dulde, dass E. zu seiner Frau komme. Die öffentliche Meinung gehe dahin, dass E. eine Brandstiftung nicht zuzutrauen sei.

Zeuge F. bestätigte die Vorfälle im Wirthshaus. E. sei sehr rabiat, werde, wenn aufgeregt, für irrsinnig gehalten, jedoch wisse er auch in solchen Zeiten, was er spreche. Zeuge H. hält E. für einen kopfschwachen Menschen, der häufig bettelnd herumgehe, aber nicht im Stande sei, seine Drohung auszuführen.

Analog deponirt Zeuge G. Er hält den E. für etwas närrisch. Dieser habe ihm versichert, er habe den A. mit der Drohung nur schrecken wollen. Zeuge L. hält den E. für etwas geistesschwach.

Das Gemeindeamt H. gibt dem E. folgendes Leumundszeugniss.

E. ist kein schlechter Mensch, lebt nicht mit seinem Weib, wurde schon einmal wegen Bettel per Schub heimgeschickt. Er ist nicht geisteskrank, sondern nur zeitweise ist seine Stellung so, als wenn er nicht recht vernünftig wäre, und dies nur darum, um den Leuten etwas heraus zu schwindeln. Nach der Affaire mit A. war E. aus R. verschwunden und hatte seither beim Grundbesitzer N. in H. getaglöhnert.

Im Verhör vom 31. October gibt E. an, er habe am 31. Juli sein beim A. dienendes Weib besucht. Da habe ihn A. hart angelassen, Narr geschimpft, ihn schliesslich mit der Wurfgabel fortgejagt und ihm sein Weib vorenthalten. Da sei er zum Gemeindevorsteher, habe sich über A. beschwert und Jenem aufgetragen, dem A. zu erklären, dass, wenn er das Weib nicht entlasse, werde er dem A. das Haus anzünden. E. habe jedoch ausdrücklich dem Gemeindevorsteher gesagt, er thue diese Aeusserung nur, um A. zu schrecken, gedenke solches aber nicht zu thun. Dass er dem A. Schaden auf dem Felde gethan, stellt er entschieden in Abrede. E. macht noch Andeutungen, dass er

eifersüchtig auf den A. wegen seines Weibes war. Er rede eben oft und viel dummes Zeug, was ihn hinterher selbst reue. Deshalb behaupteten auch die Leute, er habe hin und wieder seinen Rappel.

Zu diesem Verhör findet sich die Amtsbemerkung, dass die ganze Rede und das Benehmen des E. gegen die volle Geistesgesundheit desselben Bedenken errege.

Ueber E. liegen Voracten vor, nach welchen er 1860 wegen Ehrenbeleidigung, 1869 wegen öffentlicher Gewaltthätigkeit, 1873 wegen Uebertretung nach § 419, 1875 wegen schwerer Körperverletzung bestraft wurde.

Das Studium der Voracten ergibt Folgendes:

1860 hatte E. den Schullehrer B. öffentlich beschimpft und ihm unsittlichen Umgang mit einer Gesangsschülerin vorgeworfen. Schon damals erschien sein Geisteszustand fraglich. Die Gerichtsärzte constatirten damals, dass E. sich gegen Versprechen von Speise und Trank gefügig erweise, den Leuten den Spassvogel zu machen und sich oft dummer stelle als er wirklich sei.

Der Tenor des Gutachtens lautet:

„E. ist zwar geistesbeschränkt und zu manchen Albernheiten geneigt, aber er muss für seine Handlungen zurechnungsfähig erklärt werden, wenn er auch die Strafwürdigkeit seiner Handlung vermöge seiner genossenen Bildung und Geistesschärfe nicht immer genau zu beurtheilen im Stande ist."

E. wurde darauf zu 14 Tagen Gefängniss verurtheilt.

Im gleichen Jahre gerieth er in Untersuchung, weil er anlässlich der Palmsonntagprocession mit einem riesigen Palmbusch, den er kaum tragen konnte, Aufsehen und Störung hervorgerufen hatte. Es kam jedoch nicht zu einer Verurtheilung.

Die Affaire von 1868 war ähnlich wie die gegenwärtig sub judice stehende. E. wurde damals der öffentlichen Gewaltthätigkeit schuldig befunden und zu kurzer Kerkerstrafe verurtheilt, weil er den Gemeinderath W., der mit der Patrouille in amtlicher Eigenschaft auf Streifung war, wiederholt angejauchzt und verspottet und ihm mit Erschiessen gedroht hatte.

E. hatte sich dahin verantwortet, dass W. ihn, wo er nur konnte, neckte, schimpfte, ihm Diebstahl vorwarf.

Dafür habe er gelegentlich den W. durch Anjauchzen verspottet, wofür dieser ihn derb durchprügelte. Darauf habe E.,

um W. zu schrecken und ihm zu vergelten, dergleichen gethan, als hätte er eine Waffe unter dem Rocke verborgen. Ueberdies hatte er Leuten, von denen er wusste, dass sie es dem leicht schreckbaren W. wieder sagen würden, glauben gemacht und angesagt, er hätte den W. gerne erschossen.

Das Benehmen des E. in dieser ganzen Angelegenheit erweist sich als ein höchst läppisches. Die 1873er Affaire betraf eine Misshandlung der Frau anlässlich eines ehelichen Streites. Die contusionirte Ehefrau bat um gesetzlichen Schutz. E. entschuldigte sich damit, dass er von Weib und Sohn schlecht behandelt werde. Bei der Gerichtsverhandlung wurde er insolent gegen den Richter, nannte ihn einen „Weibler", dessen Wort nichts gelte. Dieses Benehmen zog dem E. eine 24stündige disciplinäre Arreststrafe zu.

In dieser Untersuchung findet sich die Amtsbemerkung: „Aus dem Benehmen des gerichtsbekannten E. ergibt sich, dass derselbe zeitweise an Geistesstörungen leidet, hierbei in Aufregung, besonders bei gerichtlichen Anlässen geräth, in denen er in ein ungestümes und nicht zu beschwichtigendes Wesen ausartet." Er wurde damals wegen Uebertretung gegen die körperliche Sicherheit zu zwei Tagen Arrest verurtheilt.

1875 wurde E. wegen schwerer körperlicher Beschädigung seiner Frau — er hatte ihr einen Armbruch zugefügt — zu zwei Monaten Kerker verurtheilt. Die Handlung fand im Zustand des Affects statt. Die Frau und die Kinder hatten ihn zum Zorne gereizt. Als strafmildernd wurde E.'s beschränkte Geistesfähigkeit anerkannt.

Gemeindevorsteher N. deponirte im Protokoll vom 1. Februar 1875, dass E. zeitweise nicht recht beisammen wäre.

Auch E.'s Frau fand ihren Mann zeitweise etwas verrückt. Er mache dann bald spasshafte, bald gefährliche Sachen.

1879 kam E. in Untersuchung, weil er die Bewohner von N. dadurch erschreckte, dass er sich äusserte, er werde am 14. April 1879 ihnen ein schönes Osterfeuer anzünden, indem er ihr Dorf anstecke. E. stellte in Abrede, diese Aeusserung gemacht zu haben, gab aber schliesslich die Möglichkeit zu, da ihm manchmal vorkomme, etwas anstellen zu sollen und dann sich selbst gleich zu erhängen. Unter allen Umständen habe

er nur im Spass das gesagt. Zum bezüglichen Protokoll vom 30. April 1879 findet sich folgende Amtsbemerkung:

„Der Vernommene ist geistig nicht normal. Derselbe hat einen sehr unruhigen Blick, spricht überaus rasch, erzählt biblische Geschichten, bringt während des Verhörs einen Blumensamen zum Vorschein und fragt, ob dies Tabaksamen sei u. s. w."

Ergebnisse der persönlichen Exploration am 24. November:

Vincenz E. ist mittelgross, hat einen gutmüthigen, schalkhaften, etwas beschränkten Gesichtsausdruck. Der Blick hat etwas Unstetes an sich. E. gesticulirt und verzieht beim Sprechen sein Gesicht sehr lebhaft, wodurch er ab und zu geradezu komisch erscheint. Er spricht viel und weitschweifig, verliert nicht selten den Faden des Gespräches. Er macht den Eindruck eines offenen Menschen, der spricht, wie er gerade denkt. Der Stirnschädel ist etwas flach.

Degenerationszeichen und Spuren körperlichen Krankseins sind an ihm nicht aufzufinden. E. gibt bereitwillig Auskunft über sein Vorleben. Er behauptet, von gesunden Eltern zu stammen, bis auf einen schweren Typhus, den er in der frühen Jugend durchmachte und wobei er sieben Wochen bettlägerig war und viel phantasirte, gesund gewesen zu sein.

Seit jenem Typhus sei er etwas schwach im Kopf geworden, könne nicht mehr gut kopfrechnen, vertrage auch keinen Tabak und geistige Getränke, kaum ein Viertel Wein, den er ganz langsam geniessen müsse, um nicht berauscht zu werden.

In der Schule habe er lesen und schreiben gelernt. Zum Militär habe man ihn als zu schwach nicht genommen. Ein Amt in der Gemeinde habe er nicht bekleidet. Er sei zweimal verheiratet, das zweitemal seit 1877. Sein erstes Weib sei schlimm gewesen, er habe schlecht mit demselben gelebt. Er sei ein friedfertiger Mensch, ein guter Kerl, aber überall habe man ihn übervortheilt und im Lohn verkürzt. Weil ihn die Leute so schlecht behandelt, habe er öfters sie zu schrecken versucht, aber wirklich Böses habe er nie begangen. Er sei sich nicht bewusst, je närrische Sachen gemacht zu haben, gleichwohl habe man ihn Narr geheissen. Die Affaire von 1860 habe einfach darin bestanden, dass die Frau des Lehrers B., welche eifer-

süchtig auf ihren Mann gewesen, ihm einen Gulden gegeben habe, damit er ein Spottgedicht auf ihren Mann mache.

Die Geschichte mit dem Palmbusch sei ganz harmlos gewesen, er habe den Busch so gross gemacht, um möglichst viel dabei zu verdienen.

1868 habe er dem W. einfach Hetz mit Hetz vergolten und sei ganz ungerecht mit 14 Tagen bestraft worden.

Die Angelegenheit mit seinem ersten Weibe 1875 sei ein ganz einfacher ehelicher Streit gewesen. Er glaube noch heute nicht, dass er ihr den Arm entzwei geschlagen, denn vom dritten Tage ab habe sie wieder gearbeitet. Sie habe sich nur verstellt, damit er zwei Monate sitzen musste. Sie habe ihn überhaupt schlecht behandelt, für blödsinnig ausgegeben, nichts handeln und wandeln lassen, obwohl er doch ganz gut gewirthschaftet habe.

Die Affaire mit den B. 1879 sei ganz harmlos gewesen. Er habe spassweise gesagt, der Bernbach gäbe ein schönes Feuer, aber damit den durch das Dorf fliessenden Bach gleichen Namens gemeint. Da hätten die dummen Bernbacher seine spassige Rede auf ihr Dorf bezogen und sich gefürchtet. Die letzte Geschichte mit dem A. habe sich so zugetragen: A. habe ihn einen Narren geheissen, ihm vorgeworfen, er könne sein Weib ja gar nicht ernähren, habe selbst nichts Anderes zu essen als verreckte Säue. Da A. ihn zudem fortgejagt und die Leute ihn angeplauscht, sein Weib sei die Geliebte des A., sei er wild geworden und habe dem Gemeindevorsteher gesagt, wenn er närrisch werde, könne er nicht gut dafür stehen, dass er dem A. das Haus sammt dem Hundskogel abheize. Das sei aber nur ein Schreckschuss gewesen, um dem A. zu imponiren und sein Weib wiederzubekommen. Er wisse ja wohl, dass selbst die Narren nicht thun dürfen, was sie wollen und dass, wenn sie was anstellen, sie in den Grazer Narrenthurm kommen.

Ein Narr sei er nicht, aber er müsse zugeben, dass es ihm ab und zu, so alle paar Wochen, namentlich zur Zeit des Vollmondes ein wenig rapple. Das dauere so ein paar Tage. Er sei dann lustig, zu Spass geneigt, die Anderen machten sich in solchen Zeiten mit ihm eine Hetz und er mit den Anderen. Solche Zeiten, wo er ein wenig angebrannt sei, habe er von jeher. Schon der Landesausschuss P. habe einmal gesagt, er habe halt ein Radel zu viel. In solchen Zeiten sei er lustig, das Essen

schmecke ihm besonders gut, er habe dann auch Lust, etwas zu trinken, was er sonst vermeide. Es freue ihn alles mehr, sein Weib, seine Kinder, die schöne Gottesnatur. Er gehe dann gern ins Wirthshaus und sei zu jedem Spass aufgelegt. Sonst sei es ihm eigentlich immer schlecht gegangen. Man habe ihn immer übervortheilt. So habe er schon beim Ankauf seines Anwesens nicht gemerkt, dass es um $1^1/_2$ Joch zu wenig hätte, worüber ihn der Notar tüchtig zur Rede stellte. So habe er noch mehr Streiche gemacht, bis er das um 1500 fl. gekaufte Anwesen um 630 fl. hergeben musste.

Gutachten.

Explorat ist eine geistig beschränkte, verschrobene Persönlichkeit ab origine, ein geborener Spassmacher, ein haltloser, durch seine geistige Inferiorität geistig unselbstständiger Mensch, der eben dadurch sich in seinem Besitz nicht zu behaupten vermochte, den Leuten auch thatsächlich den Eindruck des Geistesbeschränkten machte und zur Zielscheibe ihres Spottes, zum Gegenstand von Dorf- und Wirthshausspässen diente, gelegentlich auch von seinen Mitmenschen übervortheilt wurde. Als Reaction des E. auf das Benehmen seiner Umgebung finden sich eine ganze Reihe von theils läppischen, muthwilligen, theils criminellen Handlungen, deren Bedeutung und Folgen der originär imbecille Explorat sich niemals bewusst geworden sein dürfte. Die originäre Beschränktheit hat seit einem schweren Typhus sich zu ausgesprochener Geistesschwäche gesteigert. Seit dieser Zeit finden sich aber immer deutlicher ausgesprochene weitere Zeichen eines invaliden Gehirnlebens, insofern er geistige Getränke nicht mehr ertrug, und wenn er deren genoss, darauf in pathologischer Weise reagirte.

Ausserdem geht sicher aus der Exploration hervor, dass E. seit vielen Jahren Anfällen eines periodisch wiederkehrenden maniakalischen Irreseins unterworfen ist.

Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, dass eine Reihe der anstössigen und incriminirten Handlungen des E. in solchen Anfällen zu Stande gekommen sind. Bei der Dürftigkeit der zu Gebot stehenden Mittheilungen ist es eben nicht möglich zu bestimmen, ob die den Gegenstand der gegenwärtigen Untersuchung bildende strafbare Handlung mit einem solchen Anfall zeitlich

zusammenfalle. Wäre dieselbe aber auch in einem sogenannten lucidum intervallum begangen, so muss berücksichtigt werden, dass Explorat an und für sich ein geistig abnormer und defecter Mensch ist, der der Bedeutung und Folgen seiner Handlungen sich nicht klar bewusst wird, dass ferner die lucida intervalla beim periodischen Irresein keine reinen sind, die Krankheit hier nur äusserlich schweigt, innerlich aber fortbesteht und es unmöglich ist, namentlich bei in kurzen Terminen wiederkehrenden Anfällen, auszuschliessen, dass nicht Nachzügler des vorausgehenden oder Vorboten des folgenden Anfalles auf die Handlungsweise Einfluss gewannen.

Die Gerichtsärzte fassen demnach ihr Gutachten dahin zusammen, dass Explorat

1. ein geistig abnormer, defecter Mensch ist.

2. Dass er an periodisch wiederkehrender Geistesstörung leidet und, wie die Exploration im Zwischenraum zweier Anfälle erweist, auch intervallär geistig gestört ist. Anhaltspunkte für eine Gemeingefährlichkeit des Exploraten haben sich nicht ergeben.

XXI. Brandstiftung. Imbecillität, complicirt durch religiöse Paranoia.

Ergebnisse aus den Acten. Am 24. Juni 1886, Morgens gegen 5 Uhr, entdeckte die Kuhmagd Walburg St. im Stalle ihres Herrn R. einen Brand und löschte ihn. Es handelte sich um einen abgemorschten Lärchenpfosten, der in Gluth war.

Verdacht der Brandstiftung erhob sich sofort und lenkte sich auf den am 21. aus dem Dienst getretenen Knecht Paul M., 33 Jahre, ledig, aus L., der seither in einem etwa zwei Stunden von dem Orte des Brandes entfernten Bauernhof eingestanden war. M. hatte dadurch Verdacht erweckt, dass er beim Abgang verschiedenen Personen das Ausbrechen eines Brandes prophezeit hatte.

Nach der Aussage des Zeugen F. hatte M. sich unter Anderem auch geäussert, er werde bei seinem früheren Herrn H. anzünden, weil er dort keinen Lohn erhalten und unschuldig eingesperrt worden sei. Er habe schon Zunder und Streichhölzer zu diesem Behufe gekauft.

Ausserdem war für M. gravirend, dass er vergebens um die Hand der Stieftochter des R. sich beworben hatte und im

Zorn aus seinem Dienst geschieden war. M. war schon 1880 wegen schwerer körperlicher Beschädigung mit sechs Monat Kerker bestraft worden.

Er hatte nämlich im December 1878 im Verein mit und auf Geheiss seines Herrn einen Fremden durchgeprügelt und ihm dabei einen Bruch eines Vorderarmes zugefügt. Im Uebrigen war M. gerichtlich unbeanständet. Schon in der ersten Untersuchung wurde ärztlich „Geistesbeschränktheit" constatirt, aber bei der Strafausmessung nicht berücksichtigt. Die Verantwortung des M. hatte darin bestanden, dass es ihn der Herr angeheissen, den Fremden zu prügeln und nach seiner Meinung man dem Herrn folgen müsse.

Einstimmig sind die Zeugen darüber, dass M. geistesschwach sei. Sein Herr gibt diesbezüglich an:

Er war in der Arbeit nicht besonders, unverträglich, ist geistesbeschränkt wie sein Bruder, der ein ganzer Tepp ist. Er führte oft dumme Reden.

Auch die Magd St. hält ihn im Kopf für nicht recht beisammen.

Zeuge F. bezeichnet den M. als geistesschwach. Weil ihn die Mädchen nicht wollen, raisonnirte er oft, werde unser Herrgott die Besitzersleute mit Donner und Blitz strafen.

Auch die Gendarmerierelation bezeichnet M. als nicht ganz vernünftig. Er lasse sich vom weiblichen Geschlecht zum Narren halten, werde sehr zornig, wenn er auf solche Fopperei komme und rede dann immer vom Anzünden.

Eine Amtsbemerkung zu einem zweiten Verhör (24. Juli 1886) lautet „scheint beschränkten Geistes; gibt seine Aeusserungen unter Lachen, wie wenn das Verhör eine Unterhaltung wäre".

In den Verhören stellt M. die ihm imputirte Brandstiftung in Abrede. Er habe allerdings prophezeit, dass es brennen werde, wie er schon öfter auf Grund von Träumen Unglücksfälle richtig prophezeit habe.

Der Behauptung der Zeugen, er sei nicht recht gescheidt, widerspricht er, gleichwie der, er sei in Unfrieden von den R.'schen geschieden.

Die Drohung, dem H. abzuheizen, gibt er zu, bezeichnet sie aber als schlauen Gedanken, mit dem er nur bezweckt habe, dem H. Schreck einzujagen, damit dieser ihm den (angeblich)

rückständigen Lohn von 40 fl. auszahle. Er habe ihm nur diese Summe „aussischrecken" wollen, keineswegs aber die Absicht gehabt, Brand zu stiften. Dass dies eine Erpressung involvirt, vermag er nicht zu begreifen.

Ergebnisse der persönlichen Exploration am 29. Juli und 1. August 1886. M. bietet in Blick, Miene und Haltung den Eindruck eines imbecillen Menschen. Seine Sprache ist schlecht articulirt und schwer verständlich. Er fasst etwas schwierig auf, antwortet dann aber prompt und ohne Hinterhalt. Seine Lebensgeschichte ist einfach. Er hat die Schule nicht besucht, kann nicht lesen, noch schreiben, besitzt nur die einfachsten Vorstellungen und Kenntnisse, behauptet, zum Militär wegen Körperschwäche nicht genommen worden zu sein, immer gedient zu haben. Ausschweifungen im Trinken stellt er in Abrede, auch mit dem weiblichen Geschlechte habe er wenig verkehrt. Nachforschungen nach Epilepsie fallen negativ aus. Schwere Krankheiten habe er nicht durchgemacht. Er thut sich viel darauf zu Gute, dass er so fleissig in die Kirche gehe. Sein Vater sei unser Herrgott, seine Mutter unsere liebe Frau und die heilige Dreifaltigkeit. Die muss er jeden Tag verehren (Explorat beginnt eine Menge Gebete ganz mechanisch abzuleiern, gemüthlich dazu grinsend, bis man ihn unterbricht). Den Ostertag definirt er als Tag des Herrn. Da feiert man, aber das Vieh muss gefüttert werden und die Leute müssen zu essen bekommen. Der Christtag ist der Tag, den muss man verehren weil er ein grosser Fürbitter ist. Es ist da ein Krippel.

Pfingsttag? Da ist der heilige Geist. Da wird alles gefeiert, nur das Vieh muss man füttern. Der heilige Geist schenkt Gnad und Verstand und verzeiht die Sünden.

Nicht minder dürftig sind die Begriffe und Urtheile auf socialem, ethischem, rechtlichem Gebiet.

Dem früheren Herrn Brand gelegt zu haben, stellt er in Abrede. Er ist so einfältig und in seinem Benehmen und Reden so rückhaltlos, dass man psychologisch den Eindruck der Wahrhaftigkeit gewinnt. Er kann sich den Brand nicht erklären, ausser dass der Mahr Ludwig, der ihm feindlich gesinnt sei, ihm die Tochter im Hause abredete und ihn bei dem Herrn und den anderen Leuten „verschindete", den Brand gelegt habe, um ihn in falschen Verdacht zu bringen und es ihm unmöglich zu

machen, zu dem guten R. wieder in Dienst zu kommen. Dies ist aber sein sehnlichster Wunsch, und zwar aus folgenden Gründen: Schon vor Jahren, als er in Mariazell beim kreuzsterbenden Jesus betete, gemahnte ihn die liebe Frau, was er thun solle. Er hat deutlich ihre Stimme gehört. Sie sagte ihm, er solle nur zwei Jahre bei den Herrenleuten brav abarbeiten, dann werde er seinen Lohn schon kriegen, nämlich die Tochter des Herrn. Er habe auch hübsch gefolgt. Dadurch, dass der Mahr Ludwig ihm überall in seinem Wunsch, die Tochter zu erwerben, feindlich entgegengetreten, sei er wohl zornig gewesen, aber nicht über die Herrschaft, sondern blos über den Mahr.

Schon 1880, als er unschuldig eingesperrt war, erschien ihm im Arrest unsere liebe Frau mit dem Kind, versicherte ihn, dass er unschuldig sei und seinen Process gewinnen werde. Sie sagte ihm, er solle nur brav sein und in Wien beichten, dann sei alles gut. Später erschien ihm wieder die Mutter Gottes, theilte ihm mit, er werde seinen Process nicht gewinnen, denn der Bauer habe einen Tausender spendirt, um los zu kommen. Richtig sei er verurtheilt worden. Die Mutter Gottes sei damals sehr harb auf die schlechten Leute gewesen, die ihren Schützling M. so eintunken. Sie habe sich damals die Ohren zugehalten mit der Motivirung, sie wolle nichts mehr von diesen schlechten Leuten hören.

Am 21. Juni, als er die letzte Nacht bei dem R. zubrachte, erschien ihm die Mutter Gottes, tröstete ihn und sagte ihm, er werde bald wieder zu den guten Leuten kommen und das Mädel schon kriegen. Wenn ihn aber die bösen Leute daran hindern, so werde sie dieselben mit Donner und Blitz dafür strafen, denn er stehe in grosser Gnade bei ihr, weil er fleissig bete und wallfahre.

Auf jene Mittheilung der Mutter Gottes hin habe er seine Prophezeiung gemacht, in der Meinung, dass es im Hause einschlagen werde.

Auch sonst, wenn ihm etwas Schlechtes in den Sinn kam, sei ihm die liebe Frau erschienen, so unter Anderem, als er drohte, dem H. abzuheizen. Sie verwies ihm solche Rede mit dem Bedeuten, er könnte dadurch, wenn wirklich etwas passire, unschuldig in falschen Verdacht kommen. Die Mutter Gottes sei ihm schon wiederholt auch hier im Arrest erschienen. Sie sagte

ihm: „Wenn sie auch diesmal ungerecht dich verurtheilen, bleibst du nicht lang auf der Welt, da nehme ich dich weg." Explorat erklärt mit vergnügtem Grinsen, er fürchte sich nicht vor der Ewigkeit, denn er habe ja nichts angestellt und stehe im Schutz unserer lieben Frau. Er getraue sich noch heute zu sterben.

M. wird vom Hausarzt in verklärtem, verzücktem Zustand (Ekstase) betroffen. Er sieht den Himmel offen. Zur Rede gestellt, meint er, es gehe jezt zur Justification. Er bittet ihn gleich aufzuhängen, ersucht auch die Mitgefangenen darum, denn das Schönste sei ja das Himmelreich. In der letzten Nacht ist ihm die Mutter Gottes erschienen, hat ihm baldige Befreiung und Entschädigung für die hier zugebrachte Zeit versprochen. Sie hat ihm auch angesagt, dass der L. den Brand gestiftet, um ihn in falschen Verdacht zu bringen. Es werde ihm aber nichts nutzen und M. durch Beistand der lieben Frau bei den R.'schen sein Glück finden, trotz aller Falschheit der bösen Menschen.

Thatsächlich ist heute M. in gehobener Stimmung. An der Richtigkeit dieser göttlichen Verheissungen hält er begeistert und gläubig fest.

Gutachten.

Paul M. ist ein von Geburt an in höherem Grade schwachsinniger Mensch. Die Exploration und gerichtsärztliche Beurtheilung hat in dieser Hinsicht einfach den Eindruck, welchen der Untersuchungsrichter und die verschiedenen Zeugen von M. gewonnen haben, zu bestätigen und zu constatiren, dass dieser Schwachsinn ein volles Bewusstsein der Bedeutung und Folgen der Handlungen bei M. nicht aufkommen lässt, insoferne seine Begriffe und Urtheile dürftig, seine sittlichen und rechtlichen Anschauungen höchst defect und seine religiösen Vorstellungen und Begriffe nur minimal entwickelt sind.

Ausser diesem orignären Schwachsinn finden sich bei M. auch Hallucinationen und Wahnideen religiösen Inhalts, die sein ganzes Denken und Fühlen fälschen, seine Handlungen beeinflussen und ihn als religiös Wahnsinnigen charakterisiren. Wie mächtig dieser Wahn ist, lässt sich unter Anderem daraus ermessen, dass Explorat in ekstaseartige Zustände geräth. Diesem Wahngebiet gegenüber erscheinen die Anschauungen von Schuld, Strafe, Sühne, irdischer Gerechtigkeit in eigenartiger, jedenfalls

krankhafter und mit dem Besitz der Vernunft nicht mehr vereinbarer Beziehung. Da alles Thun und Lassen mit dem Wahn mehr weniger in Relation steht, erscheint es als ein unfreies, und da religiös Wahnsinnige nicht selten aus vermeintlicher göttlicher Inspiration zu gefährlichen Handlungen veranlasst werden, dürfte es geboten sein, den Exploraten, falls die Untersuchung gegen ihn eingestellt wird, zu weiterer Erforschung bezüglich seiner eventuellen Gemeingefährlichkeit der Irrenanstalt zu übergeben.

Ueber Trauma, Epilepsie und Geistesstörung.

Von

Docent **Dr. Julius Wagner.**

Die Erkenntniss von den Beziehungen der Epilepsie zu psychischen Störungen datirt erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit; vor wenigen Jahrzehnten wurde die Epilepsie nur als zufällige Complication von Geistesstörungen aufgefasst; höchstens hatte man den in Folge langjähriger Epilepsie eintretenden Blödsinn als eine mit der Epilepsie in engerem Zusammenhange stehende Erscheinung gewürdigt.

Unsere jetzigen eingehenden Kenntnisse über diesen Gegenstand verdanken wir der Anregung, die durch die Arbeiten von Falret, Morel und Anderen in Frankreich, Griesinger und Samt in Deutschland gegeben worden war.

Es wurden unter Anderen die vorübergehenden Geistesstörungen, die im Zusammenhang mit epileptischen Krampfanfällen eintreten, denselben vorausgehend oder noch viel häufiger nachfolgend, aufs Genaueste studirt.

Dabei hat auch der Begriff der Epilepsie eine Erweiterung erfahren. Man rechnet vielfach zu den Aeusserungen der Epilepsie Anfälle von psychischen Störungen, die weder von Krämpfen begleitet sind, noch sich zeitlich an einen Krampfanfall anschliessen, selbst wenn sie bei Individuen vorkommen, die nie einen epileptischen Insult gehabt haben, und bezeichnet sie als epileptische Aequivalente, psychische Epilepsie und dergl.

Die Berechtigung eines solchen Vorgehens wäre unanfechtbar, wenn wir die cerebralen Processe kennen würden, welche den Krampfanfällen einerseits, den in Rede stehenden psychischen Störungen anderseits zu Grunde liegen, und wenn sich herausstellen würde, dass beiden Erscheinungen ein und derselbe Process, eventuell nur mit verschiedener Localisation im Gehirn, oder von verschiedener Intensität, zu Grunde liege.

Hypothetisch legt man allerdings vielfach sowohl dem epileptischen Anfalle als den ihm äquivalent erklärten psychischen Symptomencomplexen dieselbe Veränderung zu Grunde, nämlich vasomotorische Störungen. Wenn aber schon die Grundfesten der Hypothese, dass dem epileptischen Anfall vasomotorische Störungen zu Grunde liegen, nicht unerschütterlich feststehen, so ist es noch viel problematischer, ob auch den psychischen Anfällen nur vasomotorische Störungen, und ob ihnen gerade dieselben vasomotorischen Störungen, wie den Krampfanfällen zu Grunde liegen.

Man ist aber von einer solchen Voraussetzung bei der Aufstellung des psychischen Aequivalents und der psychischen Epilepsie gar nicht ausgegangen. Bei der Aufstellung dieser Formen war vielmehr vor Allem massgebend die Aehnlichkeit zwischen diesen spontan auftretenden Anfällen psychischer Störung einerseits und den im Anschluss an Krampfanfälle, prä- oder postepileptisch auftretenden Irrsinnszuständen anderseits. Am weitesten ist in dieser Richtung Samt gegangen, der glaubte, aus dem blossen symptomatischen Bilde eines einzigen Irrsinnsanfalles die epileptische Natur desselben diagnosticiren zu können. Er hat aber damit keinen Anklang gefunden, und man legt jetzt bei der Anerkennung eines Irrsinnsanfalles als eines epileptischen grösseres Gewicht auf die Merkmale des Verlaufes. Als charakteristisch für die epileptische Natur eines Irrsinnsanfalles wird angegeben sein brüsker Eintritt, oft unter auraartigen Erscheinungen, wie sie den gewöhnlichen epileptischen Insulten zukommen; seine kurze Dauer und die plötzliche Lösung unter Erscheinungen, wie sie auch im Anschlusse an epileptische Krampfanfälle beobachtet werden, Schlaf- oder Stupor. Zur Charakteristik wird ferner gefordert die öftere Wiederholung der Anfälle (auch ein einzelner Krampfanfall berechtigt ja nicht zur Diagnose Epilepsie), und zwar die öftere

Wiederholung gleichartiger Anfälle; endlich die tiefe Bewusstseinsstörung, die sich als getrübte oder vollständig fehlende Erinnerung für die Vorgänge des Anfalles kundgibt.

Für die Berechtigung der Aufstellung des psychisch-epileptischen Aequivalents kann ferner geltend gemacht werden, dass es Fälle gibt, in denen derartige psychische Anfälle an Stelle früher vorhandener Krampfanfälle auftreten oder umgekehrt typischen Krampfanfällen Platz machen.

Es könnte demnach unbedenklich erscheinen, die Bezeichnungen psychisch-epileptisches Aequivalent und psychische Epilepsie als Ausdruck der soeben angeführten klinischen Thatsachen zu gebrauchen, so lange man sich klar bleibt, dass durch den Ausdruck epileptisch und Epilepsie in diesen Fällen nicht präjudicirt wird, als würde es sich dabei um denselben cerebralen Process handeln, wie beim klassischen epileptischen Anfall.

Es ist aber noch eine andere Auffassung der Sachlage möglich. Der eben geschilderte Standpunkt ist folgender: Es kommen bei Epileptikern häufig psychische Störungen von gewissen Charakteren vor; es kommen ganz dieselben Störungen auch bei Individuen vor, die Krampfanfälle weder haben noch gehabt haben; wir können trotzdem diese Individuen zu den Epileptikern rechnen wegen des Vorhandenseins der für die Epilepsie charakteristischen psychischen Störungen, umsomehr, als ja auch bei diesen Individuen früher oder später ein Krampfanfall ausbrechen kann, was wirklich manchmal vorkommt.

Man kann sich aber auch auf einen anderen Standpunkt stellen und folgendermassen argumentiren: Geistesstörungen von dem oben geschilderten Charakter kommen bei Epileptikern vor. Sie finden sich aber nicht bei allen Epileptikern, sondern nur bei einer Minderzahl; sie finden sich anderseits auch bei Individuen, die nie einen epileptischen Anfall gehabt haben. Möglicherweise sind also die Veränderungen im Gehirn, die diesen Geistesstörungen, und jene, die dem epileptischen Anfall zu Grunde liegen, ganz differente und kommt es nur aus einem uns noch unbekannten Grunde zu einer häufigen Coïncidenz derselben.

Welche von diesen beiden Anschauungsweisen die richtige ist, dürfte nach dem heutigen Standpunkte unserer Kenntnisse nicht überzeugend zu beweisen sein. Es sind diese Zustände

bisher wohl sehr eingehend, aber einseitigerweise, vom symptomatologischen Standpunkte studirt werden; es wird noch eine eingehende Erforschung derselben, nach allen Richtungen, besonders in ätiologischer Hinsicht, dann auch in prognostischer, therapeutischer etc. nothwendig sein, bevor man sich für oder gegen ihre Zugehörigkeit zur Epilepsie wird entscheiden können, oder bis man die Ursachen der häufigen Coïncidenz solcher acuter Geistesstörungen mit der Epilepsie wird aufdecken können.

Es gibt allerdings noch eine Auffassung, welche die Schwierigkeiten dieser Frage anscheinend am einfachsten löst, es ist das die Auffassung, der Schüle in seinem Lehrbuche huldigt, welche auch Krafft-Ebing früher theilte, während er in seinem Lehrbuche zu einer anderen Anschauung sich bekennt. Schüle rechnet die Geistesstörungen mit den oben angegebenen Charakteren, wenn sie bei Epileptikern, gleichviel ob im Anschlusse an einen Anfall oder nicht, auftreten, zu den epileptischen Geistesstörungen, bezeichnet sie im letzteren Falle als psychische Aequivalente; wenn sie dagegen bei Individuen auftreten, die keine Anfälle haben oder gehabt haben, rechnet er sie nicht dahin, er erkennt eine psychische Epilepsie nicht an.

Solange man aber nicht im Stande ist, irgend welche Merkmale anzugeben, durch welche diese Geistesstörungen bei Epileptikern von den bei Nichtepileptikern vorkommenden sich unterscheiden, solange man nicht nachweisen kann, dass die Epilepsie diesen Geistesstörungen eigene Charaktere verleiht, die ihnen fehlen, wenn sie bei Nichtepileptikern vorkommen, solange wird man auch nicht berechtigt sein, diese zusammengehörigen Fälle in zwei Gruppen zu trennen.

Es soll nun im Nachstehenden ein Versuch gemacht werden, die Kenntnisse über diese Geistesstörungen zu erweitern und zur Klarstellung ihrer Beziehungen zur Epilepsie ein Beitrag geliefert werden.

Ich werde zunächst eine Reihe von Fällen aus meiner eigenen Erfahrung mittheilen, Fälle von wiederholt auftretenden, rasch vorübergehenden Geistesstörungen, die die oben (pag. 76) angegebenen Charaktere mehr oder weniger ausgeprägt besitzen.

F. G., 44 Jahre alt. Ueber eine hereditäre Anlage ist bei dem Patienten nichts zu erfahren. Als Kind litt er bis zu seinem sechsten Jahre an Fraisen. Er besuchte die Schule mit ziem-

lichem Erfolge, lernte dann die Fleischhauerei. Während seiner Lehrzeit litt er durch längere Zeit an Enuresis nocturna. Beim Militär, wo Patient acht Jahre diente, hatte er wiederholt Raufereien, bekam dabei Schläge auf den Kopf; einmal lag er nach einer solchen Rauferei durch 14 Tage im Spital. Von einer damals erlittenen Verletzung rührt eine später zu beschreibende Narbe her. Patient kam dann zum Wirthsgeschäfte, trank angeblich nicht viel, war aber immer intolerant gegen Alcoholica. Er leidet ausserdem schon seit Langem an Schwindelanfällen, bei denen ihm schwarz vor den Augen wird und er einen Moment ruhig stehen muss. Ob er diese Schwindelanfälle vor dem gleich zu beschreibenden Falle hatte, weiss er nicht. 1870 fiel er nämlich aus dem Fenster, ein Stockwerk hoch, herab. Ob es sich dabei nur um Ungeschicklichkeit oder um Trunkenheit oder um einen Schwindelanfall handelte, ist nicht zu eruiren. Patient behauptet das Erstere. Nach dem Falle war er einige Zeit bewusstlos und lag dann 14 Tage im Spital. Nach seiner Entlassung aus demselben fühlte er sich wieder ganz gesund.

Am 5. April 1871 kam Patient auf die Beobachtungsstation des allgemeinen Krankenhauses in Wien. Laut Aufnahmsparere war er am 4. April Nachts von Wachleuten aufgegriffen worden, als er, nur mit Hosen und Stiefeln bekleidet, auf die Strasse lief. Am Polizeicommissariate gab er an, Gustav Degenfeld zu heissen, machte auch sonst unzutreffende Angaben. Auf der Beobachtungsstation gab er Anfangs gar keine Auskunft. Erst am zweiten Tage machte er einige unvollständige, widersprechende Angaben. Im Uebrigen zeigte er sich verstimmt, kauerte, ohne zu sprechen, in einem Winkel, versuchte auf dem Aborte sich nackt auszuziehen; auf Befragen, warum er dies gethan, äusserte er, er müsse nach Hause gehen. Am 7. April wurde er auf die psychiatrische Klinik in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt transferirt. Daselbst gab er seinen richtigen Namen Gustav F. an, machte auch sonst zutreffendere Angaben. Er war übrigens in den ersten Tagen noch nicht ganz klar; erst am 10. wurde er heiter, betheiligte sich an der Arbeit; von den Ereignissen der letzten Tage wusste Patient nichts. Am 14. April erkrankte er unter den Erscheinungen eines Abdominaltyphus, und nachdem er denselben überstanden hatte, wurde er am 17. April 1871 geheilt entlassen, und zwar wurde er, weil man

erfahren hatte, dass er sich vor seiner Einbringung eines Diebstahls schuldig gemacht hatte, der Polizei überstellt.

Ein Jahr darnach musste er in Graz aus einem Geschäfte austreten, weil er an häufigen und heftigen Schwindelanfällen litt. 1874 machte er die Bekanntschaft einer Person, mit der er seither im Concubinate lebte. Er hatte mit ihr drei Kinder, von denen zwei bald nach der Geburt starben. Eines lebt, ist gesund.

Vom 13. Februar 1878 bis 15. Mai 1878 befand sich Patient auf der psychiatrischen Klinik im allgemeinen Krankenhause zu Wien. Er war aufgenommen worden wegen eines Zustandes von Verworrenheit von mehrtägiger Dauer, der mit dem ersten Anfalle grosse Aehnlichkeit hatte.

Am 22. Mai 1886 wurde Patient neuerdings auf die psychiatrische Klinik im allgemeinen Krankenhause in Wien aufgenommen. Laut Aufnahmsparere war er am 21. Abends blos mit einem Hemde bekleidet auf der Strasse angetroffen worden. Auf das Wachzimmer gebracht, gab er auf die an ihn gestellten Fragen keine Antwort, sondern suchte sich zu verstecken. Bei der Aufnahme auf der psychiatrischen Klinik und in den ersten Tagen seines dortigen Aufenthaltes verhielt er sich ruhig, verweigerte aber jede Auskunft. Am 27. Mai machte er endlich Angaben, aber ziemlich confuse. Am 27. Mai wurde er auf die psychiatrische Klinik in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt transferirt. Dort war er am nächsten Tage deprimirt, gab aber richtige Auskunft; sowie er auf die Schicksalsschläge zu sprechen kommt, die ihn betroffen haben, weint er. Er erzählt, dass er im Monate vorher seine Geliebte durch den Tod verloren habe; sein Kind, das er sehr liebte, habe man ihm weggenommen, und darüber habe er sich gekränkt. Für die Vorgänge, welche zu seiner Einbringung führten, und für die ersten Tage seines Spitalsaufenthaltes fehlt ihm jede Erinnerung. Weiterhin verhielt sich Patient ruhig, fing an zu arbeiten, und zwar in der Schneiderei. Er hatte das Geschäft, welches er erlernt hatte, die Fleischhauerei, schon seit Langem aufgegeben, weil er an heftigen Schmerzen und Schwäche in den linksseitigen Extremitäten litt. Er hatte sich deshalb mit leichteren Beschäftigungen, Schneiderei, Sesselflechten etc., durchgebracht. Anfangs war Patient noch etwas verstimmt, leicht reizbar.

Allmählich wurde er ruhiger, heiterer. Am 5. October 1886 wurde er geheilt entlassen.

Am 30. November 1886 wurde Patient neuerdings auf der psychiatrischen Klinik in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt zu Wien aufgenommen. Laut Aufnahmsparere war er auf der Gasse wegen auffallenden Benehmens angehalten worden. Auf dem Polizeicommissariate wollte er sich erstechen. Bei der Untersuchung erschien er traurig, verstimmt, weinte, gab an, sein dreijähriger Sohn sei ihm gestohlen worden. Derselbe erscheine ihm oft, er höre seine Stimme, wenn er ihn aber ergreifen wolle, entweiche er. Er erzählte dann, er sei sehr reich, er habe zwei Häuser, er sei im bosnischen Feldzuge Oberst gewesen. Bei der Ankunft auf der Klinik war Patient ruhig, schlief aber in der ersten Nacht sehr wenig. Am nächsten Morgen war er verstimmt, verlangte, man solle ihm zu seinem Kinde verhelfen, fing zu weinen an. Ueber das, was am Tage vorher mit ihm vorgegangen war, weiss er nur sehr unvollkommenen Aufschluss zu geben. Er erinnert sich, dass er auf der Gasse mit einem fremden Herrn zusammengekommen sei; wie derselbe dazu gekommen sei, ihn auf die Polizei zu führen, weiss er nicht. Daran, dass er sich dort erstechen wollte, erinnert er sich, jedoch nicht an die daselbst geäusserten Grössenideen. Nach einigen Tagen wird Patient heiterer, beginnt zu arbeiten. Er kann sich jetzt an das Vorgefallene gar nicht mehr erinnern, weiss auch nicht mehr, dass er sich erstechen wollte. Er erzählt, dass er nach seiner letzten Entlassung vergebliche Schritte gemacht hatte, um das Kind seiner Geliebten, welches in deren Heimatsgemeinde gebracht worden war, wiederzuerlangen. Er reiste deswegen nach Mähren. Auf der Reise litt er viel an Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Einmal musste er sich Nachts, wie durch einen Krampf gezwungen, plötzlich im Bette aufsetzen und konnte nicht schreien, obwohl er wollte. Seither hat er ein zusammenschnürendes Gefühl am Boden der Mundhöhle und um den Kehlkopf herum (Globus hystericus).

Was den intervallären Zustand des Patienten anbelangt, ist derselbe auch kein ganz normaler. Er ist ein gutmüthiger, aber sehr empfindlicher, verschlossener Mensch. Sein Auffassungsvermögen ist ein geringes. Sein Gedächtniss ist ein sehr mangelhaftes; er muss sich auf Daten aus seinem Vorleben erst

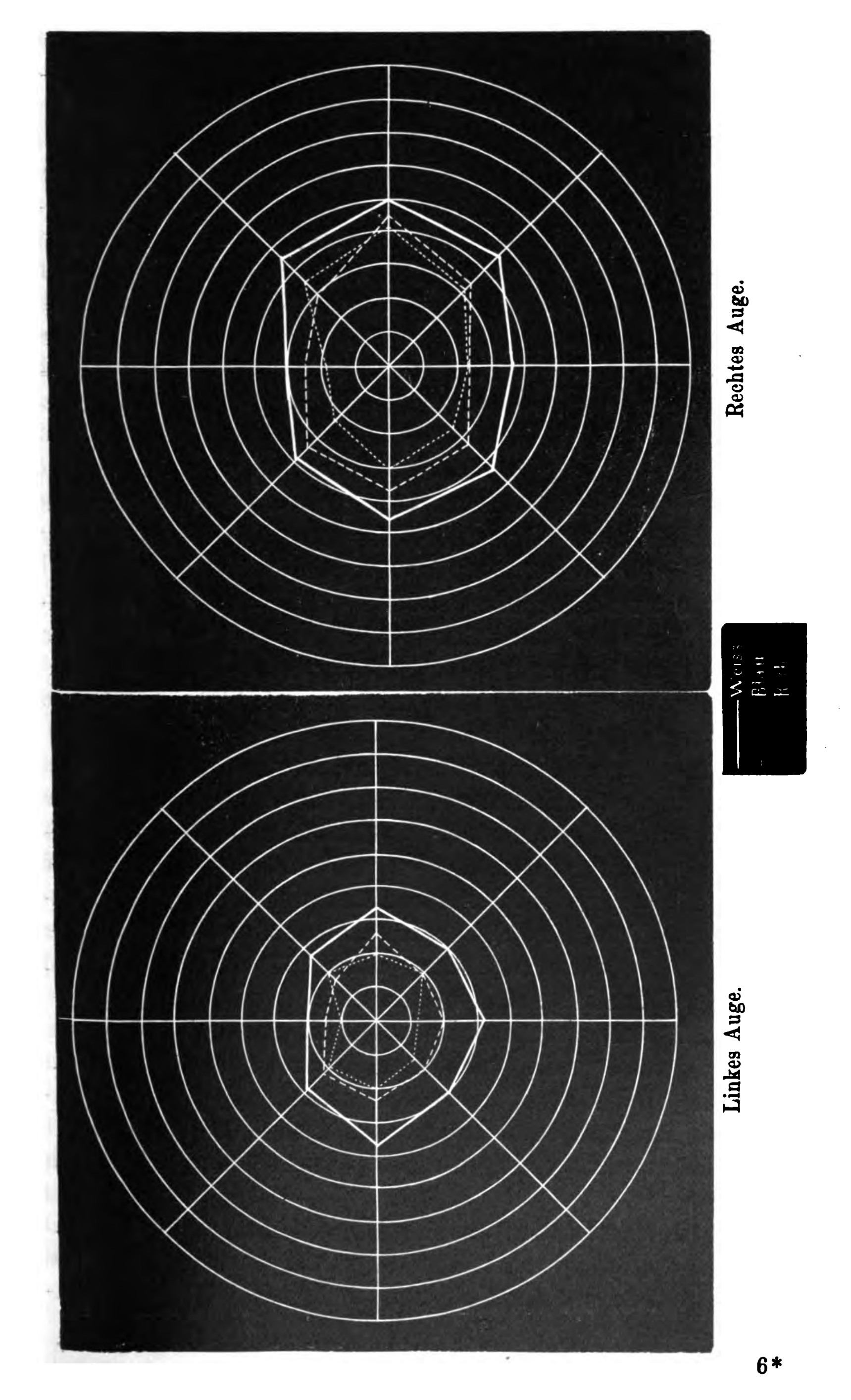
lange besinnen, kann die einzelnen Ereignisse nicht in die gehörige chronologische Reihenfolge bringen. So hatte er mehrmals Freiheitsstrafen erlitten wegen Vergehen gegen die Sicherheit des Eigenthums. Er hatte das anfangs geleugnet, gab es später zu. Es war aber von ihm nicht herauszubringen, wann, wie oft und wie lange er eingesperrt war.

Körperlich ist Patient ziemlich gross, kräftig gebaut, gut genährt. Sein Schädel ist normal gebildet. Er hat auf demselben mehrere Narben, darunter einige ganz kleine, nicht empfindliche; eine lineare Hautnarbe, die über der Unterlage verschiebbar ist und circa 3 Centimeter hinter dem linken Ohre sich befindet, ist auf Druck exquisit schmerzhaft, so dass Patient bei Druck auf dieselbe zusammenfährt. Diese Druckempfindlichkeit ist besonders zur Zeit eines derartigen psychischen Anfalles und einige Zeit darnach eine sehr hochgradige; es ist die Narbe zu dieser Zeit ausserdem der Sitz eines heftigen spontanen Schmerzes. Eine ähnliche, druckempfindliche Stelle lässt sich rechts, ungefähr symmetrisch der erwähnten Narbe nachweisen. An dieser Stelle ist aber keine Narbe. Einige Zeit nach dem Anfalle zeigte sich diese Stelle nicht mehr druckempfindlich.

Auffallend ist ferner der Befund einer Hemianästhesie. Die ganze linke Körperhälfte mit Ausnahme eines kleinen Hautbezirkes, der ungefähr der Ausbreitung des Nervus occipitalis major entspricht und eher eine etwas erhöhte Empfindlichkeit besitzt, zeigt eine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit. Nadelstiche werden rechts schmerzhaft, links nicht schmerzhaft empfunden. Auch mit dem faradischen Pinsel lässt sich diese Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit nachweisen. Bei Einschaltung eines grösseren Widerstandes wurde der faradische Pinsel schmerzhaft empfunden

am Vorderarm	rechts	bei	7	Centimeter	Rollenabstand
„ „	links	„	1·5	„	„
im Gesicht	rechts	„	8	„	„
„ „	links	„	2·5	„	„

Auch der Muskelsinn war links stumpfer als rechts. Die Gewichtsdifferenz von 100 und 110 Gramm wurde mit der rechten Hand stets richtig beurtheilt, während links erst die Differenz von 100 und 150 Gramm mit Sicherheit erkannt wurde.


Rechtes Auge.
Linkes Auge.

Die Hemianästhesie erstreckte sich aber nicht blos auf die Haut, sondern auch auf die übrigen Sinne. Ueber den Gesichtssinn gibt die Gesichtsfeldaufnahme (Seite 83) Aufschluss. Es handelt sich demnach um eine beiderseitige, aber links, besonders was den Farbensinn anlangt, stärkere Einschränkung des Gesichtsfeldes. Auch die Hörschärfe war beiderseits herabgesetzt, links aber viel stärker. Patient hörte die Uhr rechts in 25 Centimeter, links in 5 Centimeter Entfernung, Geruch und Geschmackssinn waren links erloschen.

Ausserdem bestand eine leichte Hemiparese links, die aber nur an der oberen Extremität deutlicher ausgeprägt war; Händedruck am Dynamometer rechts 65 Kilo, links 35 Kilo; Patellarreflex beiderseits gleich; die linke Hand bei complicirteren Bewegungen auffallend ungeschickt.

Nachdem Patient während seines weiteren Aufenthaltes keine auffallenden psychischen Störungen gezeigt hatte, fleissig arbeitete, wurde er am 12. April 1887 geheilt entlassen.

Er wurde einige Monate darnach wieder auf die Nervenklinik des Herrn Hofrathes Meynert aufgenommen, und zwar diesmal nicht wegen psychischer Störungen, sondern weil seine Hemianästhesie und Hemiplegie stärkere Ausbildung erlangt hatten.

Für das Alter dieser halbseitigen Störungen spricht, dass Patient, wie angegeben, schon vor vielen Jahren wegen Schwäche des linken Armes sein Geschäft, die Fleischhauerei, hatte aufgeben müssen; ferner die später eruirte Thatsache, dass Patient schon einmal wegen linksseitiger Lähmung auf der Nervenabtheilung des Primarius Fieber im allgemeinen Krankenhause gelegen hatte. Da diese Abtheilung schon 1877 aufgelöst wurde, muss es also jedenfalls schon vor dieser Zeit gewesen sein. —

F. S., 13 Jahre alt. Derselbe kam auf die Klinik mit einem Aufnahmszeugnisse eines berühmten Neurologen, welches in interessanter Weise zeigt, in welcher Richtung derartige Zustände einer irrigen Beurtheilung leicht unterliegen können. Ich kann mir daher nicht versagen, das Zeugniss hier ausführlich wiederzugeben:

„Gefertigter bestätigt, dass er den eilfjährigen F. S. . . . . poliklinisch untersucht hat. Derselbe hatte, ebenso wie seine drei Geschwister, als Kind Fraisen und ist jetzt mit hoch-

gradigem moralischen Irresein behaftet, das sich in einer Anzahl verbrecherischer Handlungen bereits manifestirt hat. Das Individuum ist in hohem Grade gemeingefährlich und hat bereits ein Attentat gegen das Leben eines Mädchens gemacht und bedroht die Mutter und eine jüngere Schwester mit dem Erstechen.

Er hat auch bereits mehrere Brandstiftungen verursacht und ausgeführt. Bei der Gemeingefährlichkeit des Individuums ist seine Aufnahme in ein Correctionshaus unumgänglich nothwendig, wenn nicht die Gesellschaft die Schuld für die verbrecherischen Handlungen tragen soll, die durch vorzeitige Massregeln verhindert werden können."

Wien, 22. December 1886.

N. N.

Der Patient wurde auch von derselben Autorität in einer medicinischen Gesellschaft Wiens als Fall von moralischem Irrsein vorgestellt.

Die genauere Untersuchung auf der Klinik ergab aber bald, dass wir es nicht mit einem Fall von moralischem Irrsein zu thun haben, sondern mit einer Geistesstörung, die ganz in den Rahmen der sogenannten psychischen Epilepsie hineinpasst.

Bei der Untersuchung ergibt sich zunächst, dass wir ein hochgradig schwachsinniges Individuum vor uns haben. Patient hat mehrere Jahre die Schule besucht; trotzdem kann er weder lesen noch schreiben; die Bemühungen, ihm diese Künste während seines mehr als einjährigen Anstaltsaufenthaltes beizubringen, blieben ebenfalls erfolglos. Die Zahlvorstellungen fehlen ihm fast ganz, er weiss kaum wieviel 2×2 ist. Er weiss weder die Monatsnamen noch die der Wochentage richtig herzusagen. Die Begriffsbildung ist eine sehr mangelhafte. Zu irgend einer anhaltenden Beschäftigung zeigt er weder Neigung, noch Geschick; am ersten ist noch eine Spur musikalischen Talentes bei ihm zu erkennen. Dabei ist er aber ein gutmüthiger, folgsamer Bursche, der in keiner Weise das Bild des sogenannten moralischen Irrseins darbietet.

Doch hat er alle die im Parere angegebenen Handlungen begangen; aus den Angaben seiner Angehörigen ergibt sich aber, dass diese Handlungen nicht der Ausfluss einer angeborenen

moralischen Perversität, sondern die Aeusserungen einer transitorisch auftretenden Geistesstörung sind.

Anamnestisch ergibt sich nämlich Folgendes: Eine hereditäre Anlage ist bei dem Patienten nicht nachweisbar; er ist ein uneheliches Kind, über seinen Vater nichts zu erfahren. Von seinen Halbgeschwistern starben zwei an Fraisen; eines lebt, litt ebenfalls an Fraisen. Patient selbst soll nicht an Fraisen gelitten haben. Er lernte erst mit zwei Jahren gehen, hatte dann eine nicht näher definirbare Erkrankung von 14tägiger Dauer; darnach konnte er wieder nicht gehen, lernte es erst mit drei Jahren. Sprechen konnte er mit drei Jahren erst sehr wenig. Schon in seiner frühesten Jugend zeigte er die Neigung, hin und wieder von zu Hause fortzulaufen; dieser Drang stellte sich mit zunehmenden Jahren immer deutlicher anfallsweise ein. Voran ging diesen Entweichungen immer heftiger Kopfschmerz; häufig waren dieselben mit irgend welchen verbrecherischen Acten verknüpft. So legte er einmal Feuer, so dass ein Haus abbrannte; zweimal wurde er beim Feuerlegen noch rechtzeitig überrascht. Mehrmals bedrohte er Personen mit dem Messer. Wiederholt beging er Diebstähle von Geld oder Gegenständen; das Gestohlene verschenkte oder verwarf er häufig. Charakteristisch ist, dass für die im Anfalle begangenen Handlungen nachträglich vollständige Amnesie besteht. Er lief oft fort und kam erst weit vom Hause entfernt zur Besinnung, ohne zu wissen, wie er an den Ort gekommen; musste häufig durch die Polizei nach Hause zurücktransportirt werden. Wurde an dem Auftreten des auraartigen Kopfschmerzes das Herannahen eines Anfalles erkannt und Patient am Durchgehen verhindert, so trat allgemeiner Tremor auf wie bei Schüttelfrost, verbunden mit subjectivem Kältegefühl; Patient suchte dann immer den Ofen auf und legte den Kopf an denselben.

Die körperliche Untersuchung des Patienten ergab Folgendes: Patient ist seinem Alter entsprechend entwickelt, kräftig gebaut und gut genährt. Schädelumfang 50 Centimeter, Längsdurchmesser 17·3 Centimeter, Breitendurchmesser 15·5 Centimeter. Schädel normal gebildet. Am Schädel befinden sich drei Narben:

1. Eine zwei Centimeter lange lineare Narbe, vom Haarwirbel etwas nach vorne und links; dieselbe ist an der Unter-

lage ganz leicht fixirt. Diese Narbe ist stets druckempfindlich, wenn spontane Kopfschmerzen bestehen; fehlen die letzteren, so ist sie manchmal nicht druckempfindlich, anderemale aber auch dann, und zwar immer längere Zeit vor und nach einem Anfalle spontaner Kopfschmerzen. Diese Narbe soll von einem im 10. Lebensjahre erlittenen Trauma durch einen spitzen Stein herrühren. Ueber den Umstand, ob damit eine Hirnerschütterung verknüpft war, ist keine genaue Auskunft zu erlangen.

2. Ueber dem linken Stirnhöcker befindet sich eine rundliche Narbe von einem Centimeter im grössten Durchmesser, über der Unterlage leicht verschiebbar; darunter eine flache Exostose. Diese Narbe ist nicht druckempfindlich, ausser wenn der Kranke spontane Kopfschmerzen hat, doch ist sie auf Percussion empfindlich. Spontane Kopfschmerzen localisiren sich, wenn sie schwach sind, nur in der Gegend der sub 1 beschriebenen Narbe; nur wenn sie stark sind, werden sie auch an der Narbe auf der Stirn verspürt. Diese Narbe soll von einem im zweiten Lebensjahre erfolgten Sturze herrühren; nach dem Sturz war Patient durch zwei Stunden bewusstlos.

3. Einige Centimeter von der Protuberantia occipitalis externa nach links befindet sich eine kleine, rundliche, verschiebbare, etwas druckempfindliche Narbe, angeblich von einem Schlag mit einem Prügel herrührend.

Die Pupillen des Patienten sind gleich, reagiren prompt. In der Musculatur des Mundes bemerkt man eine choreaartige Unruhe, die besonders dann hervortritt, wenn sich der Patient beobachtet sieht. Sonst bestehen keine Innervationsstörungen, vor Allem auch keine Andeutungen einer sensorischen Anästhesie.

Die weitere Beobachtung ergab nun, dass Patient öfters Anfälle von Kopfschmerzen hat; bei leichten Anfällen hat er, wie erwähnt, nur in der Gegend der Narbe 1 Schmerzen; bei schweren Anfällen hat er auch vorne Schmerzen. Er hat dann eine Empfindung, als würde sich ein Rad im Kopfe drehen und als würde man ihn mit Nadeln in den Kopf stechen; er sieht dabei oft doppelt; es kommt ihm so vor, als würde eine Stimme, die er in seinem Kopfe hört, ihm etwas vorsagen und ihn zu etwas verleiten, was er dann häufig ausführt. Nachträglich weiss er zwar, was ihm die Stimme anbefohlen hat; ob er es aber gethan und was er überhaupt gethan, weiss er nicht. Bei jedem

Anfall von Kopfschmerzen ist er sehr blass, klagt über Kältegefühl; jedesmal stellt sich dabei auch eine Pupillendifferenz ein, indem die linke Pupille weiter wird, was in den Intervallen nicht der Fall ist.

Manchmal bleibt es nur bei den Anfällen von Kopfschmerzen, anderemale gehen aber damit noch andere Erscheinungen einher. Der sonst ruhige und gutmüthige Kranke zeigt eine Aenderung seines Wesens; er wird ausgelassen, lärmend, singt, springt herum, oder er wird erregt, beschimpft und verspottet andere Patienten oder die Wärter, bewirft dieselben oder schlägt auf sie, manch mal entwendet er auch Gegenstände. Nachdem der Anfall vorüber ist, besteht nur eine ganz summarische oder gar keine Erinnerung. Ausser diesen Anfällen hatte er aber zweimal Anfälle von einem anderen Charakter; wahre Tobsuchtsanfälle von einigen Minuten Dauer, in denen er wild um sich schlug, seine Kleider zerriss, ganz verworrenes Zeug schrie; nach dem Anfalle war er noch kurze Zeit verworren, klagte über heftigen Kopfschmerz und Kälte; dabei zeigten sich alle Narben exquisit druckschmerzhaft und es trat die charakteristische Pupillendifferenz auf. Für den tobsüchtigen Zustand bestand vollständige Amnesie. —

L. T., 20 Jahre, Bauzeichner. Der Vater des Patienten ist ein jähzorniger Mann, hat den Knaben wiederholt misshandelt. Sonstige hereditäre Verhältnisse nicht nachweisbar. Patient entwickelte sich normal, besuchte Volks- und Gewerbeschule mit gutem Erfolge und zur Zufriedenheit seiner Lehrer, zeigte sich talentvoll und geschickt und berechtigte zu den schönsten Hoffnungen.

Im Alter von 16 Jahren fiel dem Patienten ein Ziegelstein auf den Kopf. Er war darnach einige Zeit bewusstlos, klagte dann drei bis vier Tage über heftige Kopfschmerzen. Seit der Zeit klagt er oft über ein eigenthümliches Kopfstechen, welches sich in der Regel nach Aufregungen, auch unter dem Einflusse der Hitze einstellte und mit einem eigenthümlichen Gefühl von Dicksein in der Stirn verbunden war. T. hat von dem Trauma her eine lineare Narbe, links vom Scheitel, die für gewöhnlich nicht druckempfindlich ist, von der aber die anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen ausstrahlen und die dann auch so empfindlich wird, dass sich Patient an der Stelle nicht einmal kämmen kann.

Seit der Einwirkung dieses Traumas beging Patient eine Reihe von auffallenden Handlungen, für die er nachher keine Erinnerung hatte; so lief er mehrmals vom Bauplatze davon mit der Begründung, dass ihm unwohl sei; er hatte in der That ein Gefühl von Ueblichkeit und den charakteristischen Kopfschmerz. Dann folgte eine Reihe von Handlungen, über die er sich keine Rechenschaft geben kann und für die ihm zum Theil die Erinnerung fehlt.

So verlangte er einmal, vom Bauplatze in einem solchen Anfalle nach Hause gekommen, Reisegeld, weil er nach O. zu einem Baue müsse; nachdem er das Reisegeld erhalten, trieb er sich durch acht Tage herum, ohne zu wissen, wo; nur das eine Factum schwebt ihm vor, dass er sich einmal plötzlich in M. fand, wohin er per Bahn gelangt sein musste, ohne zu wissen, weswegen er dahin gefahren und was er da wolle. Am Schlusse dieser acht Tage kam er in ganz defecter Kleidung in K. bei Verwandten an. Ein andermal trieb er sich kürzere Zeit, drei bis vier Tage, ganz plan- und zwecklos herum, ohne zu wissen, wo er gewesen. Einmal lud er eine Frau zum Leichenbegängnisse seines Bruders ein, während der letztere nicht einmal krank war. Nachträglich wusste er nichts davon. Auch bei seinen Arbeiten passirte es ihm, dass er von Dingen, die er kurz vorher gemacht, nichts mehr wusste.

Ausser diesen Handlungen, die offenbar auf Grund eines gestörten Bewusstseins stattfanden, trat aber noch eine andere Reihe von Erscheinungen auf. T. zeigte nach dem Trauma eine allmähliche Charakterveränderung; er wurde unheimlich zornig, unschicklich im Benehmen gegen Personen, denen er zu Dank verpflichtet war; er wurde in seinem Gebahren kindisch, masslos eitel. Während er früher ein fleissiger und zuverlässiger Arbeiter gewesen war, wurde er jetzt nachlässig in seinen Arbeiten; wenn er in Folge dessen einen Posten verloren hatte, suchte er nicht einen neuen zu erlangen, sondern trieb sich unthätig herum, trachtete sich das Geld zu seinen Vergnügungen durch allerlei Schwindeleien zu verschaffen und, obwohl er schon einmal aus diesem Grunde mit dem Gesetze in Conflict gekommen war, begab er sich immer wieder von Neuem auf diese abschüssige Bahn, bis er wegen verschiedener Schwindeleien in landesgerichtliche Untersuchung kam und von dort, nachdem er als

geistesgestört erkannt worden war, der Landesirrenanstalt zugeführt wurde.

Während seines mehrmonatlichen Anstaltsaufenthaltes hatte Patient in den ersten Tagen einen Anfall von Kopfschmerzen, aber ohne irgend eine Bewusstseinsstörung; sonst bot er weiter keine Störungen mehr dar und wurde, nachdem er sich auch körperlich sehr erholt hatte, nach halbjährigem Anstaltsaufenthalte entlassen. Dem Vernehmen nach soll sich Patient seither (ein Jahr) wieder in seinem Berufe mit Erfolg beschäftigt und ordentlich geführt haben; auch Anfälle von Kopfschmerzen oder Bewusstseinsstörungen sollen seither nicht aufgetreten sein. —

M. M., 19 Jahre alt, Magd, aufgenommen 24. August 1886.

Die Mutter der Patientin leidet an Migräne; sonst ist ein hereditär belastendes Moment nicht aufzufinden. Patientin hat nicht an Fraisen gelitten; sie hat als Kind Masern, Blattern, Scharlach überstanden; mit 10 Jahren hatte sie Lungenentzündung; im vorigen Jahre eine Rippenfellentzündung. Von ihrem 8. bis 12. Jahre litt sie viel an Kopfschmerzen. Sie hat 8½ Jahre die Schule besucht, leicht und gut gelernt. Sie erhielt, da ihre Eltern anfangs in guten Verhältnissen lebten, eine sorgfältigere Erziehung, lernte Französisch und Clavierspielen. Nachdem aber ihr Vater geschäftlich zu Grunde gegangen war, musste sie von ihrem 14. Jahre an in Dienste gehen. Menstruirt ist sie seit ihrem 13. Jahre; die Menses sind mit Koliken verbunden. Entbunden hat sie noch nicht. Ein Schädeltrauma hat Patientin angeblich nie erlitten; doch spricht dagegen eine circa 2 Centimeter lange, ziemlich tiefe Hautnarbe, die sich ungefähr in der Mitte der Stirne von oben nach abwärts erstreckt und über der Unterlage verschiebbar ist. Patientin kann über die Entstehung dieser Narbe nichts angeben. Im Genuss geistiger Getränke war sie immer mässig; doch besteht Intoleranz gegen Alcoholica. Patientin leidet seit einigen Jahren an Schwindelanfällen; es dreht sich alles um sie her, und sie muss sich anhalten, um nicht zu fallen. Diese Anfälle treten beinahe täglich auf. Ausserdem hat sie häufig Kopfschmerzen im Hinterhaupte. Im April vorigen Jahres hatte sie nach ihrer Angabe den ersten Anfall. Sie hatte einige Zeit hindurch Angstgefühle, glaubte sich von ihrer Mutter vernachlässigt, war verstimmt und wollte sich das Leben nehmen. Eines Tages verliess sie das Elternhaus und

wanderte nun 13 Tage und Nächte in den Strassen Wiens herum in einem dämmerhaften Bewusstseinszustande. Sie ruhte hin und wieder in Kirchen oder in öffentlichen Gärten aus.

Sie ass entweder in Wirthshäusern oder kaufte sich Lebensmittel, die sie auf der Strasse verzehrte. Sie wurde während ihrer Wanderungen mehrmals von Bekannten gesehen, die an ihr nichts Auffallendes fanden. Nach 13 Tagen kehrte sie in's Elternhaus zurück, war ungemein ermüdet und schlief einige Tage hindurch fast fortwährend. An das, was sie während der Zeit gemacht hatte, war nur eine höchst summarische Erinnerung vorhanden. Wo sie überall gewesen, welche Vorstellungen sie zu diesen Wanderungen bewogen, ist ihr absolut unerinnerlich.

Ein ähnlicher Zustand wurde Veranlassung zu ihrer Einbringung. Sie war heuer in einem Kaffeehause bedienstet, wo sie nur 3 bis 4 Stunden jede Nacht schlafen konnte. Der Schlaf ging ihr sehr ab; es traten Angstgefühle auf und nächtliche Hallucinationen; sie glaubte immer Jemanden bei Nacht im Kaffeehause sprechen zu hören, hörte mit den Sesseln schieben, sah Licht.

Sie gerieth dadurch in grosse Angst, schlief mehrere Nächte gar nicht; ihr Appetit litt. Am 5. August ging sie Nachmittags aus dem Kaffeehause fort, um ihre Schwester aufzusuchen. Sie traf dieselbe aber nicht zu Hause, und nun begann eine achttägige Wanderung, ganz wie im Vorjahre. Sie ging Tag und Nacht herum, kann aber auf keine Weise angeben, wo sie gewesen sei. Vier Gulden, die sie beim Beginne ihrer Wanderung bei sich gehabt hatte, verbrauchte sie während der Zeit; sie ist aber absolut ausser Stande, ein Gasthaus oder ein anderes Locale anzugeben, wo sie gegessen hätte. Sie erinnert sich nur, dass sie immer den Gedanken hatte, ins Wasser zu gehen. Am letzten Tage sprach sie ein Herr an, dem sie mittheilte, dass sie ins Wasser gehen wolle. Dieser Herr führte sie auf die Polizei, und von dort wurde sie auf die psychiatrische Klinik im allgemeinen Krankenhause gebracht; sie orientirte sich aber erst am zweiten Tage ihres dortigen Aufenthaltes.

Nach 10 Tagen wurde sie auf die psychiatrische Klinik in der n.-ö. Landesirren-Anstalt verbracht. Daselbst war sie ruhig, orientirt, machte die obigen Angaben. Doch war sie

längere Zeit etwas deprimirt, klagte über heftigen Kopfschmerz und Schwindel, lag den ganzen Tag auf Bänken und im Garten herum, ohne sich zu beschäftigen. Nachts war sie absolut schlaflos und auch durch Hypnotica war kein Schlaf zu erzielen. Sie hallucinirte Nachts manchmal, sah einmal ihre Mutter neben dem Bette sitzen, hörte Männer vor dem Fenster auf- und abgehen. Einmal sagte sie, im Essen sei Gift. Ein anderesmal behauptete sie, der Geistliche habe bei der Predigt von einer geheimnissvollen Rose gesprochen und damit sie gemeint, schrieb auch einen confusen Brief dieses Inhaltes. Nachdem sie durch circa 14 Tage Eisen innerlich genommen hatte, besserte sich ihr Zustand, die Kopfschmerzen hörten auf, ebenso der Schwindel. Sie beschäftigte sich, schlief gut. Für einzelne Ereignisse der ersten Tage ihres Anstaltsaufenthaltes fehlte ihr jede Errinnerung. So wusste sie nichts von der Geschichte mit der geheimnissvollen Rose, glaubte nicht, den angeführten confusen Brief geschrieben zu haben, bis sie sich an der Handschrift davon überzeugte. Am 23. October wurde sie geheilt entlassen.

Aus den Angaben der Eltern ist noch hervorzuheben, dass Patientin einen ähnlichen Zustand, in dem sie von zu Hause fortlief und planlos herumwanderte, schon öfter als zweimal gehabt hatte; die anderen Male war aber die Dauer eine viel kürzere. Da Patientin von diesen kurzen Wanderungen Nichts weiss, scheint für dieselben eine vollständige Amnesie zu bestehen.

Charakteristisch ist, dass Patientin seither, eingezogenen Erkundigungen nach, einen liederlichen Lebenswandel geführt hat und derzeit Prostituirte ist. —

E. H., 16 Jahre alt, Glaserlehrling. Die Mutter des Patienten litt viel an Kopfschmerzen, soll eine leichtsinnige, rohe Person gewesen sein. Ein Bruder des Patienten ist körperlich zurückgeblieben und imbecil. Sonst ist über hereditäre Verhältnisse nichts bekannt. Patient hatte nie Fraisen. In den ersten Kinderjahren überstand er Blattern; vor zwei Jahren hatte er Typhlitis. Er besuchte die Schule bis zum 14. Jahre; war im Lernen schwach, besonders im Rechnen. Seit seinem 14. Jahre Glaserlehrling. Getrunken hat er nicht. Er wurde von seiner Mutter sehr roh behandelt und bekam von ihr häufig Schläge auf den Kopf, oft so lange, bis er umfiel. An Schwindel, Kopf-

schmerzen hat Patient weder früher gelitten, noch leidet er jetzt daran.

Seit seinem 8. Lebensjahre hat Patient nächtliche Anfälle. So lange er bei der Mutter zu Hause war, hatte er dieselben häufig; seitdem er ausser Hause ist, hat er sie seltener. Die Anfälle verliefen der Art, dass Patient aus dem Bette sprang, herumlief, allerlei verkehrtes Zeug sprach; nach 5 bis 10 Minuten kam er zu sich, konnte wieder zu Bett gebracht werden. Am andern Morgen wusste er absolut Nichts von dem ganzen Vorfall; nur tauchte mitunter in ihm eine Erinnerung auf an ängstigende Träume, die er in der Nacht gehabt hatte.

Ein Augenzeuge eines solchen Anfalles schildert denselben folgendermassen: Patient stand, nachdem er bereits mehrere Stunden geschlafen hatte, auf, raffte seine Kleider zusammen und wollte im Hemd fort. Als man ihm nacheilte, phantasirte er von Vater und Mutter; in's Zimmer zurückgebracht, kam er zu sich, legte sich wieder ins Bett; des andern Tages wusste er nichts davon.

Ein anderesmal stand er im Bett auf, gesticulirte viel mit den Händen, lief dann wieder im Hemde davon, rüttelte am Hausthor und schrie. Wieder zurückgebracht ruft er „Mutter", „Mutter", umarmt den Hausmeister, den er für seine Mutter hält; dann wieder zu sich gebracht, Amnesie.

Ein anderesmal stieg er auf's Fenster hinauf, suchte dort herum.

In der Anstalt hatte Patient auch einige Anfälle, die ganz in ähnlicher Weise verliefen; er steht aus dem Bette auf, läuft durch die Zimmer, gesticulirt und spricht verworrenes Zeug. Nach solchen Anfällen ist er mehrere Tage verstimmt, weint, nimmt wenig Nahrung zu sich.

Sonst ist er ein etwas torpides Individuum, von träger Auffassung, etwas gedächtnissschwach, dabei gutmüthig. —

C. P., der Vater des Patienten war kein Trinker, nicht neuropathisch; hatte öfters Bleikolik. Mutter lebt, ist gesund. Von 6 lebenden Geschwistern ist ein 22jähriger Bruder schwach im Kopf, leidet an Enuresis nocturna; die übrigen 5 sind gesund. 13 Geschwister sind gestorben, davon war ein Bruder in Folge eines Falles kopfleidend und die übrigen starben an indifferenten Erkrankungen.

Patient litt vom 3. bis 6. Lebensjahre an Fraisen; bis zum 12. Jahre konnte er den Koth nicht halten. Die Schule besuchte er vom 6. bis 12. Jahre mit gutem Erfolge. Er kam dann in die Lehre; bald zeigte er aber ein eigenthümliches Verhalten: er blieb in keiner Lehre längere Zeit, verliess jeden Platz, blieb auch zu Hause nicht, weil er sich nirgends recht vertrug; er lief von zu Hause öfters fort und wanderte herum; er zeigte wenig Lust zur Arbeit, blieb bei jeder Beschäftigung nur kurze Zeit und vagirte dann wieder herum; in Folge dessen erlitt er auch in den letzten 3 Jahren 13 Abstrafungen, meist wegen Vagabundage und Bettelns.

Patient litt vor dem gleich zu erwähnenden Falle nur selten an Kopfschmerzen und nie an Schwindel. Getrunken hat er nur mässig. Intolerant gegen Alcoholica war er von jeher; gegen Hitze ist er es erst seit dem Falle.

Vor mehr als zwei Jahren stürzte er in Folge des Bruches eines Ladens ein Stockwerk hoch herab; er fiel auf die linke Seite der Stirne, ohne sich eine erhebliche Hautwunde zuzuziehen; gleichzeitig erlitt er eine Condylus-Fractur im linken Ellbogengelenke. Er war nach dem Falle einige Minuten bewusstlos, dann stand er auf und ging selbst in's Krankenhaus, um seine Fractur behandeln zu lassen. Seither leidet er hin und wieder Morgens beim Aufstehen an Schwindel; manchmal hat er unter Tags leuchtende Erscheinungen, Sterne, mit einiger Verdunklung des Gesichtsfeldes. Im linken Arm hat er häufig, besonders beim Arbeiten, Schmerzen; der Arm ist schwächer.

Sechs Monate nach dem Falle hatte Patient in Graz auf der Gasse den ersten Anfall. Er fing, wie ihm sein damaliger Begleiter mittheilte, stark zu schreien an: „Was wollt ihr" etc., schlug heftig um sich; nach einigen Minuten schlief er ein und schlief eine Stunde. Nachträglich wusste er nichts von dem ganzen Anfalle. Gleich nach dem ersten Anfalle trat der später zu beschreibende Ausschlag auf. Erst circa sechs Monate nach diesem Anfalle trat ein zweiter ganz gleicher Anfall auf. Seitdem kamen die Anfälle immer häufiger, in der letzten Zeit mehrmals im Monate, auch oft zwei bis dreimal in einer Woche. In einem derartigen Anfalle machte Patient einen Angriff auf eine Gerichtsperson, wurde deshalb verurtheilt und nachdem er im Gefängnisse mehrere Anfälle gehabt hatte und man endlich das

Krankhafte seines Zustandes erkannt hatte, der psychiatrischen Klinik in der Wiener Landesirrenanstalt zugeführt. Daselbst wurden mehrere derartige Anfälle beobachtet. Den Anfällen geht nie eine Aura voraus; Patient weiss nur, dass er die Anfälle häufig nach irgend einer Aufregung bekommt. Patient springt im Anfalle plötzlich auf, schreit um Hilfe und benimmt sich, wie wenn er einen auf ihn erfolgenden Angriff abzuwehren hätte; er schlägt dabei rücksichtslos um sich, fährt auf die Personen seiner Umgebung los. Der Anfall dauert nur wenige Augenblicke, dann kommt Patient wieder zu sich ohne die mindeste Erinnerung an das Vorgefallene. Er sieht danach stark congestionirt aus, schwitzt, besonders an der linken Kopfhälfte und hat Schmerzen in der linken Schläfe. Auf der Brust, am Rücken und an den Armen zeigen sich nach jedem Anfalle zahlreiche theils linsengrosse, theils zu grösseren Plaques zusammenfliessende, erhabene, geröthete Efflorescenzen, vom Aussehen von Urticariaquaddeln, doch ohne Jucken; dieser Ausschlag dauert einige Stunden an.

Körperlich zeigt sich Patient mittelgross, schwächlich gebaut, von mittelmässigem Ernährungszustande. Schädel länglich, Stirn etwas zurückweichend, leichte Hinterhauptsstufe. Umfang 55 Centimeter. An der behaarten Kopfhaut keine Narbe. Am äusseren Rande des linken Augenbrauenbogens eine kurze, lineare, verschiebliche, auf Druck etwas schmerzhafte Narbe, darunter eine kleine Exostose. Pupillen gleich, prompt reagirend. Zunge, Facialis normal innervirt. Zahnstellung, Ohren normal. Am Thorax, Wirbelsäule nirgends Druckempfindlichkeit. Am linken Ellbogen die Zeichen der überstandenen Fractur. Bei Beugung und Streckung schmerzloses Crepitiren im Gelenk, Medianus in der Ellenbeuge links druckempfindlich. Händedruck rechts 45 Kilo, links 30 Kilo. Hautsensibilität normal. Hörschärfe beiderseits etwas herabgesetzt (hört die Uhr nur circa 10 Centimeter weit). Sehschärfe etwas herabgesetzt; beiderseits geringer Grad von Myopie und Astigmatismus. Gesichtsfeld beiderseits gleich, normal.

Sehr interessant ist das weitere Verhalten des Patienten. Er wurde einer Bromkalibehandlung unterzogen; es wurde mit 4 Gramm pro die begonnen; da diese Dosis wirkungslos blieb, wurde auf 6 Gramm gestiegen; auch diese Dosis reichte nicht aus, um die Anfälle zum Schwinden zu bringen. Von dem Tage

an aber, als Patient eine Tagesdosis von 8 Gramm nahm, blieben die Tobsuchtsanfälle aus. Dagegen trat noch immer anfallsweise die charakteristische urticariaartige Hauteruption auf; dabei fühlte sich Patient nur etwas beklommen, hatte den halbseitigen Schweiss und Kopfschmerz; er war aber dabei vollständig ruhig, zeigte sich keinen Augenblick gestört. Zu bemerken ist, dass bei dem Patienten früher nie die Urticaria als isolirte Erscheinung ohne vorausgegangenen Tobsuchtsanfall aufgetreten war.

Wenn die Urticaria vorhanden war, liessen sich ähnliche Eruptionen auch sehr leicht künstlich hervorrufen; ein über die Haut der Brust mit einem stumpfen Gegenstand gemachter Strich verwandelte sich bald in einen gerötheten und erhabenen Streifen, der noch nach Stunden unverändert zu sehen war.

Zwei weitere Fälle will ich nur kurz erwähnen.

Der eine betrifft eine Patientin, von der mir leider die Krankheitsgeschichte in Verlust gerathen ist, so dass ich aus der Erinnerung nur mittheilen kann, dass sie einmal einen Schlag von der Kolbenstange einer Maschine gegen den Kopf bekam. Sie war darnach nicht bewusstlos, aber längere Zeit betäubt. Seither leidet sie an Kopfschmerzen und Schwindel. Ausserdem hatte sie mehrmals einen kurzdauernden, ein- bis zweitägigen Anfall von Geistesstörung; zweimal bereits hat sie in diesem Zustande einen Selbstmordversuch gemacht. Nach Ablauf der Geistesstörung besteht Amnesie für die Dauer derselben.

Der zweite Fall wurde schon von Herrn Prof. Leidesdorf („Wien. med. Wochenschr." 1887 Nr. 5) mitgetheilt, und ich will hier nur hervorheben, dass Patient zwischen seinem sechsten bis achten Jahre ein schweres Schädeltrauma erlitten hat, indem ihm eine Mühlenkette auf den Kopf fiel. Ob dem Trauma Bewusstlosigkeit folgte, kann Patient nicht angeben. Von diesem Trauma rührt eine circa 4 Centimeter lange lineare Narbe her, welche auf der Höhe des Schädels etwas nach links gelegen und exquisit druckempfindlich ist. Patient leidet an Kopfschmerzen, die von dieser Narbe ausgehen und sich zu besonderer Intensität steigern zur Zeit der psychischen Anfälle, denen Patient ausgesetzt ist.

Betrachten wir die mitgetheilten Fälle zunächst vom ätiologischen Standpunkte, so ergibt sich eine bemerkenswerthe

Thatsache. Bei allen Fällen bis auf einen finden wir Schädeltraumen als ätiologische Momente verzeichnet und auch in diesem einen Falle war eine Narbe am Schädel vorhanden, über deren Zustandekommen ein Aufschluss nicht zu erhalten war, die aber jedenfalls von einem Trauma herrührt.

Die hervorragende Rolle, welche Schädeltraumen in den Fällen meiner eigenen Erfahrung spielen, musste mir den Gedanken nahelegen, die in der Literatur verzeichneten Fälle auf das Vorkommen dieses ätiologischen Momentes zu prüfen. Es musste sich auf diese Weise entscheiden lassen, ob die Häufigkeit der Schädeltraumen bei meinen Fällen nur ein Zufall ist, oder ob ein innigerer Zusammenhang zwischen Schädeltraumen und den Fällen sogenannter psychischer Epilepsie besteht.

Das Resultat der Nachforschungen war kein ganz befriedigendes. Nicht als ob sich nicht zahlreiche Fälle in der Literatur finden liessen, in denen Traumen dem Auftreten von psychisch-epileptischen Aequivalenten oder von psychischer Epilepsie vorangegangen wären. Aber es ist nicht verlockend, das Material statistisch zu bearbeiten; denn diese Zustände sind bisher fast ausschliesslich vom symptomatologischen Standpunkte aus studirt worden, es ist der Aetiologie wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. An dem Orte, wo überhaupt die grösste Anzahl der hiehergehörigen Fälle gesammelt ist, in der Discussion der Société medicopsychologique in Paris (Annales medicopsychologiques 1873), über die Epilepsie larvée findet sich kaum ein verwerthbarer Fall; es herrscht durchwegs nur die symptomatologische Auffassung vor; von ätiologischen Momenten ist höchstens die Heredität hin und wieder berücksichtigt. Man wird aber ein Schädeltrauma auch in denjenigen Fällen, in denen es nicht ausdrücklich angegeben ist, noch nicht für ausgeschlossen halten können, so lange nicht das Fehlen eines solchen eigens bemerkt ist. Andererseits können, wie wir später sehen werden, auch Traumen an anderen Körpergegenden zu derartigen Zuständen führen, und solche Traumen müssen in den meisten Fällen übersehen werden, wenn nicht eine eingehende Untersuchung des ganzen Körpers angestellt wird.

Besser ist es schon in den Mittheilungen aus den letzten Jahren bestellt; so enthalten die Publicationen von Holländer (Jahrb. f. Psych., Bd. 6), Fritsch (Ibid. Bd. 7), Weiss (Allg.

Zeitschr. f. Psych., Bd. 35 und Wien. med. Wochenschr. 1876) bemerkenswerthe traumatische Fälle; einige hieher gehörige Fälle sind in den Mittheilungen von Oppenheim und Thomsen (Arch. f. Psych., Bd. 16 und 17) enthalten.

Zahlreiche werthvolle Fälle finden sich in der forensischen Literatur (s. den Artikel von Krafft-Ebing in Maschka's Handbuch der gerichtlichen Medicin). Stabsarzt Janchen hat über 23 Fälle von Desertionen in Folge epileptoider Zustände berichtet (in einem am 3. März 1887 im Wiener psychiatrischen Vereine gehaltenen Vortrage, auszugsweise mitgetheilt in Wien. med. Wochenschr. 1887, Nr. 16). Von diesen 23 Fällen war in 12 Fällen das Vorangehen von Schädeltraumen ausdrücklich angegeben, aber auch in den übrigen 11 Fällen war in keinem einzigen das Vorangehen dieses ätiologischen Moments ausdrücklich negirt. Zahlreiche hiehergehörige Fälle sind auch enthalten in der Schrift von Guder über „die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen" (Jena 1886).

Von grossem Werthe war mir aber eine Publication, die gestattete, das Verhältniss zwischen Trauma und psychischer Epilepsie von einer anderen Seite zu beleuchten. Anstatt zu fragen, wie oft in Fällen psychischer Epilepsie dem Ausbruche der Krankheit ein Trauma vorhergegangen ist, kann man auch die Frage stellen, wie häufig bei traumatischen Epilepsien psychische Störungen vom Charakter der sogenannten psychischen Epilepsie vorkommen. Eine Beantwortung dieser Frage gestattet das vom preussischen Kriegsministerium herausgegebene Werk über die Erkrankungen des Nervensystems beim deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich. Es ist daselbst eine grosse Anzahl von Epilepsien gesammelt, die verschiedenen ätiologischen Momenten ihre Entstehung verdanken; es ist daselbst auch Mittheilung gemacht über die Form der Epilepsie; die Verfasser stehen ferner, was für meine Zwecke wichtig ist, auf dem Standpunkte der psychischen Epilepsie, sie rechnen auch gewisse anfallsweise auftretende Störungen zur Epilepsie. Stellen wir nun die traumatischen Epilepsien denjenigen gegenüber, die in Folge von acuten Krankheiten, von Schreck, von Ermüdung, von anderen Ursachen entstanden sind. Von den traumatischen Epilepsien muss aus Gründen, die später klar werden, eine Anzahl von Fällen ausser Betracht bleiben; von den restirenden

49 Fällen ist in neun Fällen das Auftreten psychischer Epilepsie angegeben. Wenn wir dann alle Fälle von Epilepsie aus anderen nicht traumatischen Ursachen, in denen über die Form der Epilepsie eine Angabe gemacht ist, gegenüberstellen, so finden wir 84 Fälle, darunter nur fünf Fälle von psychischer Epilepsie. Es ist also die relative Häufigkeit der psychischen Epilepsie bei den traumatischen Fällen dreimal so gross als bei den nicht traumatischen.

Es ist übrigens der Zusammenhang zwischen Traumen und den in Verbindung mit Epilepsie auftretenden anfallsweisen psychischen Störungen auch früheren Autoren nicht entgangen. So sagt Krafft-Ebing in seiner Monographie über die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten (1868): „Die Bearbeitung der Fälle von Epilepsie aus Kopfverletzungen verdiente übrigens eine eingehende Betrachtung. Aus den zahlreichen Fällen, die uns über diesen Gegenstand vorliegen, ergibt sich, dass fast ausnahmslos den epileptischen Zufällen bald maniakalische Paroxysmen folgen ....”

Welcher Natur ist aber der Zusammenhang zwischen traumatischen Verletzungen und dem Auftreten psychischer Störungen vom Charakter der psychischen Epilepsie?

Betrachten wir zuerst die Beziehungen zwischen Traumen, und zwar zunächst Schädeltraumen, und dem Auftreten von Epilepsie.

Schädeltraumen können auf verschiedene Weise zur Epilepsie führen. Es können durch ein Trauma die mannigfachsten Verletzungen des knöchernen Schädeldaches, der Meningen des Gehirns stattfinden; es kann in Folge des Traumas direct zu einer umschriebenen Erkrankung des Gehirns kommen oder es kann sich eine umschriebene oder diffuse Erkrankung des Gehirns secundär an primäre traumatische Verletzungen der Meningen oder des Knochens anschliessen. Es kann in solchen Fällen auch Epilepsie auftreten; die Epilepsie hat dann keine andere Bedeutung als die Epilepsien, die wir auch nach anderen, nicht traumatisch entstandenen circumscripten oder diffusen Erkrankungen des Gehirns oder der Meningen auftreten sehen. Solche Verletzungen können sein: Complicirte oder einfache Fracturen der Schädelknochen mit Depression oder mit Eindringen von Splittern in die Meningen oder das Gehirn; Bil-

dung von Exostosen; circumscripte oder diffuse Entzündungen der Hirnhäute; Blutungen in das Gehirn oder noch häufiger in die Hirnhäute; umschriebene Erweichungen des Gehirns, Hirnabscesse, Hirntumoren etc.

Während des Lebens sind solche Epilepsien häufig schon daran zu erkennen, dass intervalläre Symptome vorhanden sind, die auf die Gehirnläsion hinweisen: Hemiplegien und Hemiparesen, Monoplegien, Lähmungen einzelner Hirnnerven, Aphasien, corticale Sehstörungen, Hirndrucksymptome etc. Charakteristisch ferner für diese Kategorie von Fällen ist der stereotype Beginn in einem bestimmten Nervengebiete und der gesetzmässige Ablauf der Krämpfe in den einzelnen Muskelprovinzen.

Es bleibt aber eine grosse Mehrzahl von Fällen zurück, in denen wir nach der Art und Schwere der Gewalteinwirkung eine gröbere Läsion des Knochens, der Meningen und des Gehirns nicht annehmen können; wo nach dem Trauma ausser der Epilepsie keine Erscheinungen auftreten, die auf eine gröbere Läsion des Gehirns hinweisen würden, in denen uns endlich auch die eventuelle Section nachweist, dass makroskopisch nachweisbare Läsionen des Gehirns fehlen.

Man könnte in solchen Fällen die diffuse Läsion des Gehirns, welche durch die Gehirnerschütterung gesetzt wird und sich in der solchen Traumen folgenden Bewusstlosigkeit zu erkennen gibt, für das Auftreten der Epilepsie verantwortlich machen. In der That wird diese Annahme die plausibelste in solchen Fällen, wo ganz stumpfe Gewalten eingewirkt haben, von nicht zu grosser Intensität; Fälle, in denen sich weder im Leben irgend welche Verletzungen des Gehirns, des Schädels oder seiner Decken nachweisen oder vermuthen lassen, noch auch die Obduction irgend einen positiven Befund ergibt. Wir werden übrigens auf die Wichtigkeit der Hirnerschütterung für das Zustandekommen nervöser Störungen später noch zurückkommen.

Gegenwärtig ist aber die verbreitetste Vorstellung, die man sich macht bezüglich des Zusammenhanges solcher Schädeltraumen, welche weder direct noch indirect anatomische Veränderungen am Gehirn setzen, mit der Epilepsie eine andere. Man fasst diese Fälle als Reflexepilepsie auf; man stellt sich vor, dass durch das Trauma eine Veränderung in den äusseren Schädeldecken oder am Knochen entstehe, die zwar nicht direct

zu einer Läsion des Gehirns führen, von denen aber ein continuirlicher Reiz ausgeht, der im Gehirn das Entstehen der sogenannten epileptischen Veränderung (Nothnagel) begünstigt oder bewirkt. Unterstützt wird diese Auffassung durch folgende Momente:

1. Tritt die Epilepsie nicht unmittelbar nach dem Trauma, sondern erst längere Zeit, oft erst Monate und selbst Jahre nach demselben auf. Es muss eben der an und für sich vielleicht geringe, von der Läsionsstelle ausgehende Reiz längere Zeit einwirken, es muss eventuell ein neues, schädigendes Moment unterstützend hinzutreten, bis sich die epileptische Veränderung im Gehirne entwickelt und durch das Auftreten eines epileptischen Anfalls manifestirt.

2. Es bestehen in solchen Fällen häufig continuirliche oder anfallsweise auftretende sensible Reizerscheinungen, die von der Läsionsstelle ausgehen; es ist die Läsionsstelle (Narbe, Knochenverdickung) häufig auf Druck schmerzhaft; es ist also die Läsionsstelle wirklich Sitz eines Reizungszustandes.

3. Es können manchmal durch Druck auf die Läsionsstelle Anfälle oder wenigstens auraähnliche Erscheinungen ausgelöst werden.

4. Es werden die spontan auftretenden epileptischen Anfälle häufig durch eine von dieser Stelle ausgehende Aura eingeleitet.

5. Kommt auch nach Traumen, die nicht den Schädel betroffen haben, wo also auch von einer Einwirkung auf das Gehirn nicht die Rede sein kann, Epilepsie vor, und zwar haben die nach solchen peripheren Verletzungen auftretenden Epilepsien mit den nach Schädeltraumen aufgetretenen die oben sub 1, 2, 3 und 4 angegebenen Merkmale gemein.

6. Haben solche traumatische Reflexepilepsien mit anderen Reflexepilepsien nicht traumatischen Ursprungs die Möglichkeit gemein, dass nach Entfernung des peripheren Reizes (durch Excision von Narben, Entfernung von Fremdkörpern, Trepanation etc.) eine Heilung der Epilepsie in manchen Fällen herbeigeführt werden kann.

7. Endlich bietet uns die Experimentalpathologie ein sehr eclatantes Beispiel von traumatischer Reflexepilepsie, die Brown-Sequard'sche und die Westphal'sche Meerschweinchenepilepsie.

Dieselbe kann erzeugt werden durch Verletzung eines peripheren Nerven, des Ischiadicus, oder durch Schläge auf den Schädel; sie tritt erst einige Zeit, sechs bis acht Wochen nach stattgehabter Verletzung auf; die Anfälle können durch periphere Reize, aber bemerkenswertherweise nicht an der Läsionsstelle, sondern an einer anderwärts gelegenen „epileptogenen Zone" applicirte, ausgelöst werden; sie werden immer durch ein und dieselbe motorische Aura eingeleitet (von einer sensiblen Aura erfahren wir leider am Thiere nichts).

Betrachten wir nun die in den Rahmen der psychischen Epilepsie passenden Fälle, die in Folge von Traumen entstanden sind, so ergibt sich Folgendes:

In den meisten Fällen liegt zwischen der Einwirkung des Traumas und dem Ausbruche des ersten Anfalles ein mehr oder weniger langer, meist Wochen und Monate betragender Zeitraum; ja nicht selten liegen Jahre zwischen Trauma und Anfall, aber doch wird durch gewisse schon vorher bestandene Symptome oder durch gewisse Begleiterscheinungen des Anfalles der Nexus zwischen beiden Ereignissen hergestellt.

Ferner bestehen in vielen dieser Fälle continuirliche oder anfallsweise auftretende sensible Reizerscheinungen, die von der Läsionsstelle ausgehen. Oft schon unmittelbar im Anschlusse an das Trauma, lange vor dem Auftreten des ersten psychischen Anfalls, klagen die Kranken über heftige, ihnen früher fremde Kopfschmerzen, die, wenn eine äusserliche Verletzung durch das Trauma gesetzt wurde, meist an der Stelle dieser Verletzung localisirt werden, oder doch daselbst am intensivsten sind. Diese Schmerzen steigern sich häufig oder werden hervorgerufen durch körperliche oder geistige Anstrengungen, durch Excesse, durch Affecte. Die Läsionsstelle ist auf Druck schmerzhaft; häufig genügt schon leichte Berührung, ja oberflächliches Reiben, um die Druckempfindlichkeit nachzuweisen; solche Kranke klagen oft über Schmerzen, die ihnen durch den Druck der Kopfbedeckung, durch das Darüberfahren des Kammes erzeugt werden. Anderemale ist ein etwas stärkerer Druck nothwendig. Die Druckschmerzheftigkeit ist oft so intensiv, dass die Kranken zusammenzucken; viele Kranke, die einmal die Schmerzhaftigkeit dieser Untersuchung erfahren haben, gestatten die erneute Vornahme derselben nicht mehr. Charakteristisch ist ferner, dass der Schmerz, der durch

Druck auf die Läsionsstelle erzeugt wird, oft nicht auf diese Stelle allein localisirt ist, sondern in ganz entfernte Nervengebiete ausstrahlt. Manche Kranke z. B. geben bei Druck auf Narben am Hinterhaupt einen Schmerz an, der bis in die Stirngegend ausfährt. Manchmal ist die Läsionsstelle nicht auf Druck, aber auf ganz leichte Percussion schmerzhaft, und es erscheint die Annahme plausibel, dass es sich in solchen Fällen nicht um Verletzungen in der äusseren Haut, sondern um leichte Veränderungen am Knochen oder an der Aussenfläche der Dura handle, und man findet in solchen Fällen in der That öfter Exostosen.

Die Fälle, wo durch an der Läsionsstelle applicirte Reize, z. B. durch Druck, psychische Anfälle ausgelöst werden können, scheinen nicht häufig zu sein, kommen aber jedenfalls vor. Hierher dürfte z. B. der von Krafft-Ebing citirte Fall Brown-Sequard's gehören: Ein Knabe, der sich einen Dorn in den Fuss getreten hatte, und so oft er mit diesem den Boden berührte, bald einen Anfall von Mania transitoria, bald von Epilepsie bekam, welche Zufälle nach Entfernung des Fremdkörpers dauernd aufhörten. Es dürfte aber bei der geringen Berücksichtigung, die die Bedeutung von Traumen für das Entstehen dieser Störungen bisher gefunden hat, der Versuch überhaupt selten angestellt worden sein. In vielen Fällen verbietet sich übrigens dieser Versuch durch die bedeutende Schmerzhaftigkeit der Procedur; er wird einfach von dem Kranken nicht gestattet.

Dass aber solche Anfälle sogenannter psychischer Epilepsie häufig durch eine von der Läsionsstelle ausgehende Aura eingeleitet werden, dafür gibt es genug Beispiele. Was sind die solchen Anfällen vorausgehenden Kopfschmerzen anders als eine Aura? Und deren Localisation an der Verletzungsstelle lässt sich in den meisten Fällen bei darauf gerichteter Untersuchung ganz genau nachweisen. Auch dafür, dass nicht blos Schädelverletzungen, sondern auch Verletzungen an anderen Stellen zu derartigen psychischen Insulten führen, gibt es in der Literatur vereinzelte, aber ganz schlagende Fälle. Ich erwähne z. B. die zwei von Koeppe mitgetheilten Fälle (Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 28); einen classischen Fall, wo periodische Tobsuchtsanfälle nach einer Stichverletzung des Thorax auftraten (Irrenfreund, 1887).

Ferner ein Fall von schwerer psychischer Epilepsie nach Schussverletzung des nervus ischiadicus in dem bereits citirten Werke: Erkrankungen des Nervensystems bei den deutschen Heeren etc. Endlich gehört ja hierher offenbar ein Theil der als Dysphrenia neuralgica transitoria oder unter ähnlichen Namen von Schüle, Griesinger, Krafft-Ebing beschriebenen Fälle, wovon noch später die Rede sein wird.

Wir hätten es also in vielen Fällen von sogenannten psychischen Aequivalenten oder psychischen Epilepsien mit in Folge von traumatischen Einwirkungen auftretenden Störungen zu thun, deren Zustandekommen wir uns ganz analog denken müssen, wie bei der wirklichen, durch Krampfanfälle charakterisirten traumatischen Reflexepilepsie. Wenn wir nun die Bedingungen näher prüfen, unter denen derartige Störungen zu Stande kommen, so muss zuerst hervorgehoben werden gegenüber der enormen Häufigkeit traumatischer Verletzungen die Seltenheit des Auftretens einer traumatischen Reflexepilepsie. Es ist dieses Missverhältniss ein zu evidentes, als dass es nothwendig wäre, dasselbe statistisch klarzulegen.

Welche Bedingungen müssen also statthaben, damit eine traumatische Verletzung zum Entstehen der Reflexepilepsie führt? Bei der ausserordentlichen Seltenheit der letzteren im Vergleiche zur grossen Häufigkeit der Traumen ist es am wahrscheinlichsten, dass das Auftreten der Reflexepilepsie nicht von dem Eintreten einer einzigen Bedingung abhängig ist, sondern dass mehrere Bedingungen zusammentreffen müssen, die sich vielleicht an und für sich nicht so selten finden, deren gleichzeitiges Zusammentreffen aber nach den Regeln der Wahrscheinlichkeitsrechnung ein um so selteneres sein muss, je grösser die Anzahl dieser concurrirenden Bedingungen ist. Solche Bedingungen können entweder liegen in der Art der Verletzung oder in der Natur des verletzten Individuums.

Was den ersten Punkt betrifft, ist es klar, dass bei jeder Verletzung Nerven getroffen werden müssen; es könnte nun von der Grösse des verletzten Nervenstammes abhängen, ob durch die Verletzung das Auftreten der Reflexepilepsie begünstigt wird oder nicht. Dann müssten wir aber bei den verhältnissmässig häufigen Verletzungen grosser Nervenstämme, wie sie durch Amputationen gesetzt werden, viel häufiger das Auftreten

von Reflexepilepsie constatiren, was nicht der Fall ist. Viel plausibler ist die Annahme, dass das Auftreten der Reflexepilepsie dadurch begünstigt wird, dass an Stelle der Läsion ein permanenter Reizzustand in einem Nerven unterhalten wird (durch das Eindringen von Fremdkörpern, durch das Einheilen des Nerven in eine schrumpfende Narbe, durch die Entwickelung entzündlicher Zustände am Nerven etc). Es liegt dieser Annahme gewissermassen die Theorie der Reflexepilepsie zu Grunde. Gestützt wird diese Annahme durch den Umstand, dass wir in der That häufig an der Stelle der Läsion eine Narbe finden, die die Zeichen der Schrumpfung bietet (strahlige, derbe Narbe), die der Sitz spontaner continuirlicher oder paroxysmenweise auftretender Schmerzen ist, die auf Druck in hohem Grade empfindlich ist.

Besonders muss aber auffallen die relative Häufigkeit des Auftretens einer sogenannten Reflexepilepsie nach Schädeltraumen gegenüber der Seltenheit, mit der Verletzungen an anderen Körpertheilen dieselbe Folge haben. Hierüber haben wir statistische Nachweise. In dem schon citirten Werke über die Erkrankungen des Nervensystems im deutschen Heere finden sich unter 8985 Kopfwunden 28 Fälle = 0·31 Procent Epilepsien, unter 11·091 Hals- und Rumpfwunden 5 Fälle = 0·04 Procent Epilepsien, unter 30.700 Wunden der Oberextremitäten 5 Fälle = 0·016 Procent Epilepsien, unter 35·670 Wunden der Unterextremitäten 7 Fälle = 0·02 Procent Epilepsien.

Wir werden zur Erklärung dieses eclatanten Missverhältnisses kaum ausreichen mit der Annahme, dass etwa am Schädel die Bedingungen für das Zustandekommen von Reizzuständen in peripheren Nerven besonders günstige sind. Es ist richtig, dass es meistens nicht einfache Schnitt- oder Hiebwunden des Schädels sind, denen Epilepsie folgt; es sind meistens gequetschte Wunden, Verletzungen, die durch stumpfe Gewalten hervorgerufen wurden. Aber oft genug finden wir eine äusserliche Verletzung überhaupt nicht, und es findet bei der Erzeugung von Schädelverletzungen durch stumpfe Gewalten noch ein Eingriff statt, der bei Verletzungen an anderen Körpergegenden nicht in Betracht kommt: die gleichzeitige Hirnerschütterung.

Es wird daher die Annahme sehr plausibel, dass es nicht die am Schädel gesetzte Verletzung allein ist, welche das Auf-

treten der Reflexepilepsie bedingt, sondern dass das Auftreten einer solchen Störung mindestens begünstigt wird durch die mit der Verletzung gleichzeitig gesetzte Hirnerschütterung. Wenn wir sogleich hören werden, dass es vorzugsweise veranlagte Individuen sind, die von solchen Störungen befallen werden, so ist aber zu bedenken, dass die Veranlagung keineswegs blos eine vererbte sein muss, sondern dass durch schwere mit Bewusstseinsverlust verbundene Schädeltraumen, besonders wenn dieselben wiederholt eingewirkt haben (wovon man in der Literatur zahlreiche Belege findet und was auch bei einigen meiner Kranken der Fall ist), eine bleibende Schädigung des Gehirns gesetzt wird, die das Fehlen einer hereditären Belastung vollständig zu ersetzen geeignet ist. Es zeigt sich ja die bleibende Veränderung des Nervensystems, die durch eine Hirnerschütterung gesetzt wird, häufig in der abnormen Reaction des Gehirns gegen gewisse Einflüsse (Alkohol, Affecte, Hitze etc).

Wir kommen damit zur Besprechung des zweiten Factors beim Zustandekommen solcher reflectorischer Neurosen und Psychosen: der Beschaffenheit des verletzten Individuums. Wenn wir die Krankheitsgeschichten der an Reflexepilepsie oder an psychischen Störungen epileptoiden Charakters leidenden Individuen durchmustern, constatiren wir leicht die ungemein wichtige Rolle, welche dabei die Veranlagung der Individuen spielt, eine Veranlagung, die entweder in dem mehrfachen Auftreten von Psychosen und Neurosen in der Familie des Erkrankten sich zu erkennen gibt, oder die sich an dem Individuum selbst kundgibt in neuropathischen und psychopathischen Symptomen, die schon vor der Einwirkung des Traumas bestanden haben. Es ist das eine Thatsache, auf welche die Aufmerksamkeit schon seit Langem allseitig gerichtet ist, und man ist daher nicht in Verlegenheit, hierfür zahllose Belege aus dem vorhandenen Material anzuführen. Es ist das ein Umstand, der auch von allen Autoren hervorgehoben wird; es genügt nicht ein Trauma, um eine Reflexneurose oder Psychose hervorzurufen; das Trauma muss ein hierzu disponirtes Individuum treffen. Diese Erfahrung wird ja auch durch das Experiment bestätigt; ein und derselbe Eingriff erzeugt beim Meerschweinchen mit Sicherheit Epilepsie, während er bei anderen Thieren, z. B. Hunden, Katzen, nur ausnahmsweise denselben Symptomencomplex hervorruft (Brown-Sequard,

Westphal). Meerschweinchen sind eben nach Westphal als neuropathische Thiere katexochen zu bezeichnen.

Die Bedeutung eines anderen, in der Beschaffenheit des Individuums gelegenen Factors lässt sich aus dem vorliegenden Material nicht mit Sicherheit beurtheilen: das Lebensalter des Inviduums zur Zeit der Verletzung. Es scheint aber immerhin, dass es vorwiegend jugendliche Individuen sind, bei denen die in Frage stehenden psychischen Anfälle auftreten, während die von Schlager, Krafft-Ebing, Hartmann und Anderen beschriebenen traumatischen Psychosen chronischen Verlaufs, in denen es zu einer fortschreitenden Verblödung, oft mit motorischen Erscheinungen und häufig zu chronisch sich entwickelnden anatomischen Veränderungen an Gehirn und Meningen kommt, vorwiegend bei Individuen auftreten, die zur Zeit der Einwirkung des Traumas sich schon in den kritischen Altersclassen befanden, aus denen die progressive Paralyse ihre Opfer holt.

Wir hätten es also nach den obigen Auseinandersetzungen in den Fällen, die als psychische Aequivalente und als psychische Epilepsie beschrieben sind, in vielen Fällen zu thun mit Störungen in Folge von Traumen. Sind alle Fälle derartiger Geistesstörung durch Traumen bedingt? Zu dieser Annahme berechtigt das vorliegende Material keineswegs. Es ist nicht wahrscheinlich, dass es sich in allen Fällen, wo das Vorausgehen von Traumen nicht angegeben ist, um das Uebersehen oder Ausserachtlassen eines solchen ätiologischen Momentes handle, und es finden sich ausserdem noch eine hinreichende Anzahl von Fällen in der Literatur, in denen Traumen ausgeschlossen sind. Wenn wir aber die traumatischen Fälle auf das Schema einer Reflexepilepsie oder Reflexpsychose zurückführen können, so wird es sehr wahrscheinlich, dass auch andere, nicht traumatische Fälle einem ähnlichen Mechanismus ihre Entstehung verdanken.

Dafür finden sich auch gewisse Anhaltspunkte in der Literatur. Wenn wir die Fälle studiren, die Griesinger als Dysthymia neuralgica (Arch. für physiol. Heilkunde VII), Schüle (Die Dysphrenia neuralgica, 1867) und Krafft-Ebing (die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins, 1868) als Dysphrenia neuralgica beschrieben haben, so finden wir darunter solche Fälle, welche die vollkommenste Analogie mit den als psychische Aequivalente oder psychische Epilepsie beschriebenen

Anfällen darbieten, mit dem einzigen Unterschiede, dass in diesen mit einem eigenen Namen bezeichneten Fällen ein deutlicher Zusammenhang zwischen den recidivirenden psychischen Anfällen und dem Auftreten des neuralgischen Anfalls in irgend einem Nervengebiete besteht. Die nahe Beziehung dieser Störungen zu den epileptischen Psychosen ist auch von allen drei Autoren hervorgehoben worden. Griesinger spricht von den Neuralgien als von einer Aura. Schüle (Handbuch der Geisteskrankheiten, 1. Aufl., p. 414) sagt: „Eine Reihe gerade dieser Zustände" (epileptoide, Aequivalente) „gehört nach meinen Beobachtungen zu den neuralgischen Transformationen . . . Eine temporär recidivirende Neuralgie irradiirt auraähnlich und bedingt schliesslich einen vollständigen Anfall . . ." Und bei Besprechung der Mania transitoria, deren nahe Beziehung zu dem uns beschäftigenden Thema Schüle anerkennt, sagt er (Klinische Psychiatrie, 3. Aufl., p. 461): „In einer sehr grossen Anzahl von Fällen finden sich intercostale Neuralgien vor, deren Exacerbationen mit dem Ausbruch des transitorischen Wahnsinnsanfalles zusammentreffen, so zwar, dass die Annahme einer wirklichen „Reflexpsychose" vom Locus dolens uns sich aufdrängt (Raptus neuralgicus)." Und später betont er die häufige Coincidenz mit Neuralgien als beachtenswerthen Fingerzeig für ein späteres Verständniss der Pathogenese der transitorischen Geistesstörungen. Krafft-Ebing endlich (Maschka, Handbuch der gerichtl. Medicin, IV., p. 598) bezeichnet die Dysphrenia neuralgica transitoria als eine paroxysmenweise auftretende transitorische Störung des Selbstbewusstseins, bedingt durch das Wiederauftreten einer Neuralgie, und sagt dann: „In der Regel bestanden gleichzeitig allgemeine Neurosen in Form von Hysterie oder Epilepsie und erinnerten derartige Anfälle auch symptomatisch vielfach an gewisse Formen epileptischer und hysterischer krankhafter Bewusstlosigkeit, so dass die Neuralgie sich als die Aura des folgenden Anfalls deuten liess."

Aus dem Mitgetheilten ergeben sich wichtige praktische Folgerungen. Erstens wird es von nun an nothwendig sein, in jedem Falle solcher recidivirender transitorischer Geistesstörungen, wie sie als psychische Aequivalente oder psychische Epilepsie beschrieben werden, genau nachzuforschen nach einer etwaigen Quelle dieser Störung. Es wird nicht nur anamnestisch

auf Traumen, und zwar nicht blos Schädeltraumen, genau zu inquiriren sein, man wird auch eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers nach Narben oder anderen Folgen von Traumen anstellen müssen. Man wird endlich nach anderen örtlichen Erkrankungen suchen müssen, die eine Quelle für das reflectorische Entstehen solcher Störungen abgeben könnten, vor Allem nach Neuralgien und ähnlichen Erkrankungen.

Für die Therapie ergibt sich die Folgerung, dass man in solchen Fällen nicht mit Rücksicht auf die vermeintliche epileptische Natur der Störung an der Möglichkeit einer Heilung verzweifeln oder sich mit der Verabreichung des in solchen Fällen meist unwirksamen Bromkali begnügen wird, sondern dass man sich in jedem Falle die Frage vorlegen muss, ob man nicht durch eine Behandlung, und zwar eventuell durch eine chirurgische Behandlung des den Reflex auslösenden Reiz abgebenden Grundleidens eine wirklich causale Therapie einleiten könnte.

Wenn aber einmal die Bedeutung von Traumen und besonders von Schädeltraumen für das Entstehen solcher psychischer Störungen gewürdigt ist, muss sich eine weitere Frage aufdrängen. Niemand erleidet häufiger Schädeltraumen, als die Epileptiker, die in ihren Anfällen oft auf den Kopf stürzen. Die Folgen dieser Traumen sind nicht selten Verletzungen verschiedenen Grades. Ueber einen andern Punkt können wir aber bei den Epileptikern keinen Aufschluss bekommen. Wenn ein psychisch gesundes Individuum auf den Kopf fällt und eine mehr oder weniger lange dauernde Bewusstlosigkeit zum Zeichen einer stattgehabten Gehirnerschütterung eintritt, so ist das ein Factum, welches leicht zu constatiren ist. Wenn aber ein Epileptiker im Anfalle auf den Kopf stürzt und eine Gehirnerschütterung davonträgt, so werden wir über deren Zustandekommen durch das Vorhandensein der Bewusstlosigkeit nicht informirt, wenn dieselbe nicht sehr lange dauert. Denn ein comatöser Zustand von der Dauer einiger Minuten bis zu einer Stunde und darüber wird einfach als die Folge des Anfalls angesehen werden. Und selbst leichte Gehirnerschütterungen, welche sich der Epileptiker im Anfalle zuzieht, können in ihrer Wirkung gesteigert werden durch die häufige Wiederholung. Dann taucht aber die Frage auf, ob nicht die im Verlaufe der Epilepsie auftretenden Zustände von transitorischer Geistesstörung zum Theile in dem

früher dargelegten Sinne als Folgen der erlittenen Schädeltraumen aufzufassen sind; eine Frage, die ich derzeit mich nicht zu beantworten getraue, deren Berechtigung ich aber doch hiermit hervorgehoben haben möchte.

Eine Art von epileptoiden Zuständen, die sich eigentlich auch vorwiegend auf psychischem Gebiete abspielen, deren Zugehörigkeit zur Epilepsie aber ganz allgemein anerkannt wird, die sogenannte Vertigo epileptica, scheint auch gerade mit Vorliebe auf reflectorische Weise, meist durch Traumen bedingt, hervorgerufen zu werden. Griesinger, der ja zuerst auf die Bedeutung dieser Schwindelzustände aufmerksam gemacht hat, scheint diese Beziehung schon gekannt zu haben. Er führt nämlich als eines der charakteristischen Merkmale, an denen man die epileptische Natur von Schwindelzuständen erkennen könne, den aufsteigenden Charakter derselben an; dann: „steigt er scheinbar aus einer Extremität auf, so ist vollends die Aura nicht zu verkennen; man beachte dann aufmerksam alle Narben am Körper." Und später: „Hat der Kranke einen schweren Sturz oder Fall erlitten, sei es auch schon vor längerer Zeit, trägt er eine empfindliche oder ein schmerzhaftes Knötchen darbietende Narbe, so ist dies sehr beachtenswerth."

Von grösstem Interesse sind in dieser Richtung die Erfahrungen im deutsch-französischen Kriege (loc. cit.). Unter den deutschen Feldzugsinvaliden befanden sich 138 Individuen, welche nach Verletzungen des Schädeldaches über periodischen, gradweise verschiedenen Schwindel klagten. Ihren epileptischen Charakter verriethen diese Schwindelanfälle durch den manchmal, wenn auch erst nach Jahren erfolgenden Uebergang in echte Krampfparoxysmen, ferner durch den geringen Procentsatz der Heilungen. Wenn man berücksichtigt, dass gewiss ein grosser Theil der Fälle, in denen blos Schwindelanfälle bestanden, nicht zur Kenntniss der Militärbehörden gelangte, so fällt die Zahl von 138 Fällen für den Zusammenhang zwischen solchen Schwindelanfällen und Schädeltraumen sehr in die Wagschale. Man findet ferner gerade in den Fällen der Literatur, wo es sich um psychische Paroxysmen handelt, sehr häufig Angaben über das Bestehen solcher Schwindelzustände.

Schädeltraumen pflegen auch den als Folge der Alkoholintoxication auftretenden psychischen Störungen ein eigenes

Gepräge aufzudrücken; auch hier sehen wir unter dem Einflusse von Traumen einerseits epileptische Anfälle, andererseits eigenartige, den eben geschilderten ganz ähnliche Anfälle von Geistesstörung auftreten. Dass beim Zustandekommen der Alkoholepilepsie Schädeltraumen eine grosse Rolle spielen, muss jeder bestätigen, der Gelegenheit gehabt hat, eine grössere Anzahl derartiger Fälle zu sehen und daraufhin zu untersuchen; es wird dies auch von mehreren Autoren hervorgehoben. Von den Anfällen traumatisch alkoholischer Geistesstörung gibt der nachstehende Fall ein charakteristisches Beispiel.

J. H., Schneider, 42 Jahre alt; bis zum Jahre 1882 zwar dem Trunke ziemlich ergeben, aber ohne dadurch in seinem Geisteszustande Schaden zu erleiden. 1882 stürzte er durch eine Fallthüre in einen Keller, war darnach kurze Zeit bewusstlos, sonst stellten sich aber keine unmittelbaren Folgen des Falles ein; nur entwickelte sich eine empfindliche Narbe an der Stelle, wo sich Patient beim Sturze verletzt hatte. Bald traten aber sehr heftige, anfallsweise auftretende Kopfschmerzen auf, ausserdem charakteristische Schwindelanfälle, ferner überkommt den Patienten von Zeit zu Zeit ein Zustand tiefer Verstimmung mit Angstgefühlen, in welchem er unwiderstehlich zu stärkerem Alkoholgenusse sich getrieben fühlt. Wenn er sich in Folge dessen einem starken Alkoholexcesse hingegeben hat, traten rasch vorübergehende Zustände von Geistesstörung auf, die den Patienten bis jetzt schon zum neunten Male in die Irrenanstalt geführt haben. Diese Anfälle sind aber keine Alkoholdelirien, sondern Zustände, die mit den als epileptische Aequivalente beschriebenen die grösste Aehnlichkeit haben. Ich will zum Beweise dessen einen dieser Anfälle mittheilen:

H. wird am 30. Juni 1886 in das allgemeine Krankenhaus gebracht und gibt dort an, König Ludwig II. von Baiern zu sein; er sei hiehergekommen, um sich seciren zu lassen, damit man sehe, er habe den Professor Gudden nicht getödtet; dieser sei selbst in's Wasser gesprungen; er wollte ihn nur nicht retten, damit Baiern nicht ohne König bleibe. Gibt man ihm Rechenaufgaben, so stellt er sich beleidigt; überall glaube man, er sei ein Schneider und verrückt; wenn man das hier auch meine, so gehe er fort.

Auf die psychiatrische Klinik gebracht und dort, wo er schon wiederholt gesehen war, als Bekannter begrüsst und bei seinem Namen genannt, zeigt er sich sehr entrüstet, man wisse wahrscheinlich nicht, wer er sei.

Am nächsten Tage war er klar und machte nach seiner einige Tage später erfolgten Abgabe in die niederösterreichische Landesirrenanstalt folgende Angaben: Er war nach seiner vor circa einem halben Jahre erfolgten Entlassung auf dem Lande gewesen und hatte bald da, bald dort gearbeitet. In der letzten Zeit hatte er Kopfschmerzen, Schwindel, schlechten Schlaf, ferner Zustände, in denen er nicht wusste, ob Tag oder Nacht sei, ein Gefühl tiefer Schläfrigkeit. In diesem Zustande kam er auf seiner Wanderung nach St. Pölten und erinnert sich noch, dass er dort Quartier genommen habe. Wie er aber von dort nach Wien und wie er in's allgemeine Krankenhaus gekommen sei, sowie, was er dort gemacht und gesprochen, dafür fehlt ihm jede Erinnerung. Er kam erst am Tage nach seiner Einbringung auf die psychiatrische Klinik zum Bewusstsein seiner Lage.

In ähnlicher Weise waren alle neun Anfälle von Geistesstörung verlaufen. Immer derselbe rasche Beginn, dasselbe zusammenhängende Delir, meist mit der Färbung des Grössenwahns, derselbe rasche Abschluss mit vollständiger Amnesie.

Es bieten die Eingangs mitgetheilten Fälle auch abgesehen von ihrer traumatischen Entstehung noch einige interessante Details dar, auf die ich noch kurz eingehen will.

Der erste Fall, J. G., ist interessant wegen des Vorhandenseins einer Hemianästhesie, die sich auf die Sinnesorgane erstreckt. Es ist auf das Auftreten dieser Anästhesien in Folge traumatischer Verletzungen in neuerer Zeit besonders durch Charcot aufmerksam gemacht worden, und es ist gerade diese Hemianästhesie für Charcot ein Grund, um den nach Traumen auftretenden, auch als Railway-spine bezeichneten Symptomencomplex der Hysterie zuzuweisen, ein Vorgehen, dessen Berechtigung bekanntlich von Oppenheim und Thomsen (Arch. f. Psych., Bd. 16 u. 17) bestritten wurde. (Obwohl Oppenheim in neuerer Zeit sich in seinen Anschauungen den Charcot'schen einigermassen genähert zu haben scheint; siehe seinen Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft.)

Mein Fall gewinnt ein Interesse durch die ausserordentlich lange Zeit, während der die Hemianästhesie, allerdings mit verschiedenen Schwankungen persistirt, das Trauma, welches F. betraf und welches man offenbar für das Auftreten der Hemianästhesie verantwortlich machen muss, erfolgte nämlich im Jahre 1870. Dass die Hemianästhesie schon bald nach dem Trauma auftrat, wird plausibel durch die Angabe, dass Patient schon damals seine Profession, die Fleischhauerei, aufgeben musste, weil sein linker Arm zu schwach war; ferner durch den in der Krankheitsgeschichte angegebenen Umstand, dass Patient schon in der ersten Hälfte der Siebzigerjahre wegen linksseitiger Lähmung auf einer Nervenabtheilung in Behandlung stand.

Es wäre jedoch nicht gerechtfertigt, zu schliessen, dass alle derartigen traumatischen Psychosen auf einer hysterischen Basis beruhen, denn in einer Reihe anderer hier mitgetheilten Fälle hat eine eigens hierauf gerichtete minutiöse Untersuchung nicht eine Spur einer Hemianästhesie oder eines anderen hysterischen Symptoms ergeben.

Der zweite Fall, P. S., ist interessant wegen der Verwechselung der in Frage stehenden Zustände mit einer anderen Krankheitsform, der sogenannten moral insanity; es wurden die in den anfallsweise auftretenden Zuständen geistiger Störung begangenen Handlungen irrigerweise für den Ausfluss einer angeborenen moralisch-degenerirten Anlage gehalten. Dieser diagnostische Irrthum liegt um so näher, als wir bei der Mehrzahl der Eingangs mitgetheilten Fälle Andeutungen einer moralischen Depravation finden. In einzelnen Fällen mag dieses Symptom nur als Manifestation einer angeborenen neuropathischen Anlage im Sinne der früheren Auseinandersetzungen (siehe p. 93) auftreten, wie z. B. im achten Falle, C. P., wo die Neigung zur Vagabundage und Bettelei, die Arbeitsscheu schon vor der Einwirkung des Traumas bestanden hat.

In eine andere Kategorie gehören aber diejenigen Fälle, wo erst nach dem Trauma und in offenbarem Zusammenhange mit ihm eine derartige degenerative Charakterveränderung zu Stande kommt, dass die Kranken das Bild der moral insanity darbieten.

Andeutungen dieser Aetiologie finden sich mehrfach in der Literatur; so wird wiederholt Trauma als Ausgangspunkt für

die erworbenen Formen der moral insanity angeführt (siehe die Lehrbücher von Krafft-Ebing und Schüle, den Aufsatz von Binswanger in Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge u. A.); andererseits ist wieder die Rede von der Combination der moral insanity mit epileptoiden Zuständen (siehe Gauster in Maschka's Handb. der gerichtl. Medicin, 4. Bd.); zwei Momente, die nach den obigen Auseinandersetzungen in vielen Fällen in einem gewissen Zusammenhange miteinander stehen dürften. Der mitgetheilte dritte Fall, L. T., ist nun ein eclatantes Beispiel, dass sich unter dem Einflusse eines Schädeltraumas bei einem Individuum, das sich bisher normal entwickelt und keine Zeichen ethischer Depravation dargeboten hatte, eine Charakterveränderung ausbilden kann, die dem Individuum den Stempel der moralischen Entartung aufdrückt. Wir haben es also da mit einer erworbenen Form der moral insanity zu thun, mit einer Form, die möglicherweise einer Heilung und vielleicht sogar einer Behandlung zugänglich ist. Es ist hier nicht der Ort, hierauf näher einzugehen; ich will nur kurz erwähnen, dass gegenwärtig unter meiner Beobachtung ein Fall steht, in dem in Folge eines in der Jugend erlittenen Traumas einerseits seltene epileptische Anfälle, andererseits aber eine Charakterveränderung aufgetreten ist, welche dem klassischen Bilde der moral insanity entspricht; ein Fall, der in seinem Verlaufe gewisse Exacerbationen zeigt, die ganz deutlich mit Reizerscheinungen in einer von dem Trauma herrührenden Narbe im Zusammenhang stehen.

Die Fälle E. H. und C. P. unterscheiden sich von den übrigen durch ein Moment, nämlich durch die kurze Dauer des Anfalls. Während die Zustände von Geistesstörung in den anderen Fällen eine Dauer von Stunden und Tagen haben, sind die Anfälle bei den erwähnten zwei Kranken von ganz kurzer, wenige Minuten betragender Dauer. Der Patient F. S. hat übrigens, wie aus der Krankheitsgeschichte hervorgeht, neben länger dauernden Anfällen auch vereinzelte derartige ganz kurz dauernde Tobsuchtsanfälle. Wenn man diese isolirten Anfälle von Geistesstörung überhaupt mit den bei wirklichen Epileptikern beobachteten Erscheinungen in Parallele bringen will, so kann man nur diese kurzdauernden Anfälle mit Krampfanfällen vergleichen, während die längerdauernden Aequivalente blos mit

den postepileptischen Irrsinnszuständen, welche den Epileptikern eigen sind, verglichen werden können. Vielleicht könnte zu einer Differenzirung dieser Zustände ein Moment beitragen, welches die Beobachtung bei C. P. zu Tage gefördert hat, vorausgesetzt, dass sich ein ähnliches Verhalten bei derartigen Fällen wiederholt zeigen sollte. Bei C. P. wurde nämlich durch eine methodische Bromkalibehandlung ein äusserst günstiger Erfolg bezüglich des Auftretens seiner Tobsuchtsanfälle erzielt. Es ist das bei den als epileptisch bezeichneten Irrsinnsanfällen keineswegs die Regel, und wenn man ex juvantibus schliessen darf, könnte vielleicht angenommen werden, dass der in solchen Irrsinnszuständen von ganz kurzer Dauer vorhandene Gehirnzustand thatsächlich ein ähnlicher ist, wie beim epileptischen Anfalle, während bei den länger dauernden Anfällen ein solcher Schluss aus dem therapeutischen Erfolg nicht gezogen werden kann.

Erfahrungen über Simulation von Irrsinn und das Zusammentreffen derselben mit wirklicher geistiger Erkrankung.[1]

Von Dr. J. Fritsch
Privatdocent an der Universität Wien und k. k. Landesgerichtsarzt.

Fast übereinstimmend geht die Anschauung der Irrenärzte dahin, dass die Simulation von Geistesstörung überhaupt zu den seltenen Vorkommnissen zählt: Berichte aus den Irrenanstalten hierüber melden nur von vereinzelten Fällen; ja manche Beobachter, die über eine sehr reiche persönliche Erfahrung verfügen, haben unter Tausenden von Anstaltsinsassen auch nicht einen Simulanten kennen gelernt. Aus einer Summe von 3800 Personen, die in den Jahren 1876, 1877 und 1878 auf der psychiatrischen Klinik des Prof. Meynert zur Beobachtung kamen, konnte ich in den betreffenden Jahresberichten nur je einen Fall erwiesener Simulation hervorheben.

Die Gründe hiefür sind sehr naheliegend. Es mag hie und da einmal vorkommen, dass Jemand, um für eine Zeit lang versorgt zu sein, zum Zwecke der Aufnahme in eine Anstalt Irrsinnssymptome vortäuscht; die natürliche Scheu, daselbst ab-

[1]) Nach einem im Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie am 5. April 1888 gehaltenen Vortrage.



gesperrt und auf den Verkehr mit Geisteskranken angewiesen zu sein, wird begreiflicherweise ein derartiges Verlangen nicht leicht aufkommen lassen, wenn nicht gleichzeitig andere, zwingendere Beweggründe vorliegen, wie etwa den voraussichtlichen Folgen einer strafbaren Handlung sich zu entziehen, überhaupt unangenehmen Situationen durch freiwillige Wahl eines geringeren Uebels aus dem Wege zu gehen. Doch selbst unter diesen Einflüssen dürfte man wohl äusserst selten Simulanten antreffen; die wenigen Fälle, die mir in dieser Richtung untergekommen sind, standen eigentlich nur unter dem Verdachte der Simulation, der — von Laien geltend gemacht — thatsächlich als unbegründet sich herausstellte, so dass mir späterhin aus einer über Tausende von Fällen sich erstreckenden Beobachtungsreihe auch nicht ein einziger Simulant dieser Kategorie in einer Irrenanstalt begegnet ist.

Ich habe hier zunächst nur die Erfahrungen bezüglich jener Irrenanstalten im Auge, welche — wie bei uns — nicht gleichzeitig Beobachtungsstationen für Untersuchungs-, resp. Strafgefangene sind, und es kann die grosse Seltenheit der Simulanten in solchen Irrrenanstalten nicht überraschen, wenn man mit den Bedingungen zur Aufnahme in eine Anstalt einigermassen vertraut ist und andererseits in Erwägung zieht, wie enorm schwer es ist, Fachärzten ein Symptomenbild geistiger Störung mit Erfolg vorzutäuschen.

Einigermassen anders liegen indess die Verhältnisse hinsichtlich der Anstalten für Untersuchungs- und Strafgefangene, bezüglich deren im Allgemeinen das Vorkommen von Simulation des Irrsinns als relativ häufiger angenommen wird. Wenn auch die Nachrichten hierüber, wie sie nicht selten von Laien verbreitet werden, vielfach übertrieben sind und es den Anschein haben könnte, als sei die Simulation daselbst an der Tagesordnung, so ist nicht zu leugnen, dass simulatorische Bestrebungen unter den erwähnten Verhältnissen ungleich häufiger hervortreten, indem zweifellos unter dem Drucke der Haft in einer Strafanstalt, unter dem Einflusse der Furcht vor einer schweren Strafe Manchem immer noch das Los eines Irrsinnigen erwünschter erscheinen mag.

So sonderbar die Wahl eines solchen Ausweges an sich sein mag, so übertrieben wäre es auch, darin ohneweiters den

Ausdruck schon vorhandenen Irrsinns zu erblicken, und wenn es thatsächlich Irrenärzte gegeben hat, welche jeden Simulanten auch für einen Geisteskranken angesehen haben, so handelt es sich dabei um eine einseitig übertriebene Anschauung, von der man gegenwärtig allerdings zurückgekommen ist; dass ihr aber trotzdem ein Körnchen von Wahrheit innewohnt, wird sich noch aus den späteren Erörterungen entnehmen lassen.

Jene Einseitigkeit, die den Psychiater zur Präsumption einer Krankheit führen könnte, wo lediglich Simulation vorliegt, findet übrigens ihr Analogon in einer gewissen Geneigtheit der richterlichen Kreise, Simulation zu vermuthen oder direct anzunehmen, wo Geistesstörung besteht.

Vollste Unbefangenheit, vorurtheilsfreie Prüfung der thatsächlichen Verhältnisse ist da wie dort erforderlich, um die Wahrheit zu ergründen.

Für den Arzt, der in dieser Richtung sein entscheidendes Votum abgeben soll, ist die Lösung der Aufgabe nicht immer so leicht, wie gerne angenommen wird.

Es ist richtig, dass Simulanten gerne übertreiben, dass sie Unzusammengehöriges, nicht Uebereinstimmendes darstellen, dass sie meist nur Zerrbilder wirklicher Erkrankung bieten, dass also, abgesehen von Mängeln in ätiologischer Hinsicht, von Widersprüchen in den Verlaufsverhältnissen insbesondere in die Symptomatologie der bezüglichen Fälle auffallende Unregelmässigkeiten eingehen, auf die sich der Nachweis etwaiger Simulation wesentlich stützt. Unter Zuhilfenahme dieser Momente gelingt der Nachweis der Simulation als solcher thatsächlich mitunter ganz leicht. Es darf aber auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass dieser Nachweis erheblichen Schwierigkeiten begegnen kann durch gewisse Besonderheiten, die gerade Individuen von abweichenden Lebensverhältnissen leicht anhaften — vor Allem aber durch die Thatsache, dass neben Simulation auch wirkliche geistige Erkrankung bestehen kann und dass diese selbst Eigenthümlichkeiten aufweisen kann, die man unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht oft findet oder vielleicht einfach übersieht.

Und gerade bei Verbrechern können sich derartige Combinationen ergeben, die dann nicht selten die Klarlegung des Falles ungemein erschweren.

In der lehrreichen Abhandlung „die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen" von Sander und Richter weist Ersterer darauf hin, dass eben bei Verbrechern die Bilder psychischer Erkrankung oft eigenthümliche Mischformen darstellen, bei denen Charakteranlage, Periodicität gewisser Erscheinungen neben der Geistesstörung ebenso sehr sich geltend machen, wie auf der anderen Seite die verbrecherischen Neigungen, dass also in dem Mangel der Uebereinstimmung der Erscheinungen unter sich oder mit den nahestehenden Formen geistiger Störung durchaus kein ausreichender Beweis der Simulation erblickt werden könne.

Wer Gelegenheit hat, mit jener Frage actuell sich zu beschäftigen, wird zugeben müssen, dass in der That derlei Vorkommnisse sich finden, die allerdings und gerade bei Häftlingen geeignet sind, Simulation voraussetzen zu lassen.

Es handelt sich also darum, sich zu vergegenwärtigen, dass Manches simulirt erscheinen kann, ohne es wirklich zu sein.

Einen nicht uninteressanten Fall dieser Art lernte ich im Jahre 1882 kennen. Derselbe betraf einen Realschüler M., der 1879 wegen schlechter Note und Verlust eines Stipendiums gegen seinen Professor ein meuchlerisches Attentat verübte. M. von seinen Lehrern als tollkühn und exaltirt, verdorben, in seinem Verhalten sonderbar und bösartig, von Anderen als sanguinisch und reizbaren Temperamentes, eigenliebend, sonderbar in seinen Ausdrücken geschildert, erregte schon während der ersten Wochen seiner Haft in Triest durch lächelnde Miene und schweigsames Verhalten den Verdacht der Simulation. Nach Einstellung des Verfahrens kam er im Sommer 1879 zur Erholung nach Venedig, verlangte von dort aus unter brieflichen Androhungen von jenem Professor Geld. Im Sommer 1880 kam er mit seiner Mutter nach Wien, gerieth durch sein excessives Benehmen mit seinen Wohnungsgebern in zahlreiche Conflicte, wurde wegen Misshandlung einer Oebstlerin auch behördlich belangt.

Im August 1881 verliess er Wien und wurde im October desselben Jahres wegen eines Diebstahls in Venedig in Haft genommen, bei welcher Gelegenheit Effecten aus einem früheren Diebstahl vorgefunden wurden, der im Juli 1881 unter ganz ähnlichen Umständen in Wien verübt worden war; er befand sich dann anfangs 1882 wegen Verdachtes vorgeschrittener Geistesstörung in der Irrenstation des Civilspitals in Venedig.

Nach achtmonatlicher Haft in Venedig wurde M. über Requisition des Landesgerichtes Wien hieher ausgeliefert.

Hier fiel er sofort durch Eigenthümlichkeiten in seinem Verhalten auf, die eine ärztliche Untersuchung nothwendig erscheinen liessen. M. zeigte ein verschmitztes Wesen, lauernden aufmerksamen Blick, liess sich auf kein Gespräch ein, gab nur einige negative Aeusserungen, er habe mit den Doctoren nichts zu thun, er sei nicht krank, es fehle ihm nichts, er sei kein Narr, er errathe wohl, dass man ihn als einen Narren behandle, er sei aber kein Narr für die Strafanstalt, er sei kein Narr, dass man ihn zum Spazierengehen zwinge, er werde sich beim Untersuchungsrichter schon vertheidigen. In hohem Grade auffallend war aber neben sonderbaren Gesticulationen seine Gangart, indem er häufig mit im Knie- und Hüftgelenke stark gebeugten Beinen sich vorwärts bewegte. Diese sonderbare Art seines Auftretens gab Anlass, vorauszusetzen, M. stelle sich nur verrückt, und erschien diese Voraussetzung noch gestützt dadurch, dass M. auf Vorstellungen über das Unsinnige seines Gebahrens zeitweise hievon Umgang nahm.

Durch die eingehend gepflogene gerichtsärztliche Untersuchung erwies sich jene Voraussetzung als unrichtig. M., der lange Zeit hindurch Schweigsamkeit beobachtete und in seinem Verhalten durch die schon angeführten Sonderbarkeiten in der That auffiel, theilte später sowohl mündlich, als auch insbesondere schriftlich mancherlei mit. woraus sein krankhafter Geisteszustand mit Bestimmtheit erschlossen werden konnte. Er sprach von allerlei Misshandlungen, denen er hier ausgesetzt sei, damit man die Form des ihm imputirten Irrsinns kennen lerne; er bezeichnet verschiedene körperliche Empfindungen und Qualen als die Folgen von Beeinträchtigung seiner Persönlichkeit, als ein Spiel, das man mit ihm treibe; seine sonderbare Gangart nennt er eine Misshandlung, die er freiwillig sich auferlegt und mit der er nur dem Willen der ihn für blödsinnig haltenden Aerzte entgegenkommen wollte. Er beobachtet sorgfältig sein körperliches Befinden, hat den Aerzten gegenüber verschiedene Anliegen, macht allerlei Vorschläge, die zu seiner Heilung führen sollen, gebraucht bei der Aufnahme von Speisen und Getränken allerlei Vorsichten — kurz es ist ein unverkennbar hypochondrischer Zug, der im ganzen Wesen des M. sich geltend macht, der aber auch zu bestimmten Wahnformeln geführt hat, man gebe ihm Gift in die Speisen, man verursache ihm absichtlich viele Leiden, wolle ihn durchaus zum Narren machen, habe ihn an Seele und Körper ruinirt, treibe geschlechtlichen Unfug mit ihm.

Neben diesem hypochondrischen Verfolgungswahn fand sich in greifbaren Umrissen auch Grössenwahn vor. Mit grossem Selbstbewusstsein spricht er von seinen betrügerischen Künsten, mittelst deren er Andere bestehlen könne, er nimmt für sich eine ganz eigene Denkungsart in Anspruch, will hier höhere Aufgaben zu erfüllen haben, die Menschen studiren; er vergleicht sein Leiden mit dem Leiden Christi und hofft, dass der Tag der Rache für ihn

schon kommen werde; obwohl er seinen Diebstahl zugesteht, nennt er sich einen ehrlichen Menschen in seinem Gewissen, er will über alle vermeintlichen Verfolgungen mit Gleichmuth sich hinwegsetzen, verwahrt sich dagegen, dass man seine Ehre beflecken wolle und verlangt vor Abgeordneten seiner Heimat seine Beschwerden vorbringen zu können.

In seinem sonstigen Benehmen macht sich der Einfluss seiner Wahnideen bemerkbar; er vermeidet jeden Verkehr mit den Zellengenossen, fühlt sich durch die kleinlichsten Anlässe sofort beleidigt und droht mit allerlei Beschwerden.

Sehr charakteristisch sind seine schriftlichen Auslassungen; so schreibt er am 4. October 1882: „Ich habe alles eingestanden und bin bereit, was man von mir begehren wird zu sagen, man braucht daher nicht mehr sich zu bestreben, um die Art und Weise zu finden, wie man eine Behandlung zu rechtfertigen hat, von welcher man weiss, dass sie mir blos Verderben verursacht — meine Seele ist ganz zerrüttet — der ergrimmteste Feind hätte sich nicht furchtbarer rächen wollen — Furcht aber, auch Trotz habe ich nicht — und wenn ich nicht sprechen kann, so würde ich stets meine Gedanken niedergeschrieben haben, falls man nicht das sinnreiche Sprichwort „er ist um's Schreiben" erfunden hätte — so hat man mir gesagt „er ist um's Zeichnen" und das, weil ich manchmal, um die Gedanken dadurch von mir ferne zu halten, mit der Hand zeichnete — dies ist die Rechtfertigung so vieler Foltereien, die ich ertrage!!! Man wolle mir, falls es gar üblich ist, Furcht einzujagen, auf andere Weise, als durch Beschimpfungen das thun — ein ehrlicher Mann bin ich in meinem Gewissen — obwohl ich ein Dieb, der über Tische und Kisten aufs Dach geht, bin — ich habe genug Einsicht, um beim ersten Worte die Absicht von Jedermann zu verstehen — ich soll Reisetaschen, Uhrketten etc. — denn von diesen Gegenständen spricht man mir stets und solche werden mir jedesmal unter die Augen gestellt — gestohlen haben. Eingestanden bin ich, was wünscht man noch?"

Eine Notiz vom 19. October lautet: „Das theile ich zum Zwecke mit, damit man sich endlich jede Mühe und Anstrengung um mich ersparen könne. Ich bin von der Grenze Italiens mittelst Extrazuges, der b l o s f ü r m i c h und Polizeileute da war, gekommen, da man einen Gefangenen, welcher im Verdachte steht, geisteskrank zu sein, nicht in einem gewöhnlichen Gefangenhaus unterbringen darf, so bin ich in dieses Gebäude, das eine Kriminalirrenanstalt ist, geführt. Hier gibt es keine Sträflinge und keine anderen als ausserordentliche Gefangene. Das Haus ist freilich blos mit Polizeileuten und Sachverständigen besetzt. Und wenn ich ein polizeilicher Sachverständiger wäre, so würde auch ich verschiedene Rollen spielen müssen, nach Erforderniss verschiedene Kleidungen, Uniformen, Namen etc. annehmen, würde verschiedenartig mich stellen müssen: krank, lahm, krumm etc., doch würde ich dabei stets die

leichteste Rolle auswählen, denn einige, z. B. das krumme Gehen sind so schwer, dass keine Correction grössere Unannehmlichkeiten bereiten kann; ich würde mich noch als Polizeiangestellter in der unangenehmen Lage befinden, Geisteskranke bewachen zu müssen und manchmal selbst den Narren zu spielen, ich würde doch niemals Jemanden für dumm und Narr zu gleicher Zeit halten. — Als Polizeimann liesse ich es nie unbeachtet, wenn ein Gefangener mir sagte: ich kenne Sie, Sie sind ein Polizeimann und nicht ein Sträfling (wenn ich mich nicht irre, so habe ich, indem ich kein Irreführer der Behörde sein mag, bald nach einigen Tagen meiner Ankunft etwas Aehnliches gesagt). Ich würde weiter in einer solchen Stellung mit den Gefangenen weder allzu unfreundlich, noch — und dies desto weniger, allzu freundlich verfahren, denn beides hemmt die freie Ausübung des eigenen Dienstes. Am wenigsten würde ich aber den Gefangenen ohne einen besonderen Grund dazu durch das ganze Haus führen, damit er sehe, dass es überall vollkommen leer ist."

Bemerkenswerth ist weiter folgendes Schreiben vom 29. October:

„Geehrter Herr Doctor und andere mich behandelnde Herren Doctoren! Möchte das Ihnen wörtlich sagen, nur keine Silbe vermag ich ohne Anwendung grosser Kraft auszusprechen.

Mir ist das Leiden Ursache weder von Freude noch Schwermuth und habe deshalb alles, was es Ihnen mir zu thun gefiel, gleichgiltig angenommen; wenn aber ich Ihren Spielen, durch das Verlangen von Pulver für den Magen, von Medicamenten für meine Harnorgane u. s. w. half, so that ich es blos, um Ihnen ein Vergnügen zu machen.

Wenn aber mir mein Leben gleichgiltig ist, so kann doch dasselbe anderen Personen, welche blos für mich leben, theuer sein und vielleicht auch Ihnen, geehrte Herren.

Dass ich körperlich und geistig vollkommen abgemattet bin, das können Sie am besten wissen, denn Sie haben mich, ich weiss nicht, zu welchem edlen Zwecke, bis zu diesem Punkte gebracht — aber ob edle oder nicht, das ist mir ganz gleich und selbst, wenn Sie sich gedacht hätten, „der Kerl will uns das, was wir wünschen, nicht sagen; nun wohl, wir werden ihn zu einem Narren machen und werden dann leicht von dem Narren, was wir brauchen, verlangen" und wenn Sie, um desto leichter dieses Ziel zu erreichen, mir vielseitige Leiden verursacht hätten, mir mit derselben Absicht wenig nahrhafte Speisen, damit ich desto leichter durch Hunger und Schwäche gedrängt, zum Narren werde, hätten geben lassen, so würde mir alles das vollkommen gleichgiltig sein. Ich verlange blos das Meinige und würde bitten, mir die Gesundheit nicht ferner zu verderben und mich auch nicht weiter durch alberne Fragen und Reden, durch einfältige Freiheiten, durch zwecklose Beschimpfungen, die Sie vielleicht als Schmeichelungen ansehen, noch durch andere Misshandlungen zu betäuben.

Gegeben am 29. October 1882. A. M."

Endlich liegt noch ein Schreiben vom 30. October vor folgenden Inhaltes:

„Geehrte Herren Doctoren! Es wird Ihnen gewiss angenehm sein, wenn ich das, was die in meinem Schreiben vom 29. enthaltenen Worte „gehörig behandelt werden" bedeuten sollen, erklären würde. Ich verlange, dass man mich auf gebildete Weise und nicht grob und keck behandelt; denn das zu erfahren, wäre jener Person, für welche ich mich erhalten mag, höchst unangenehm. Früher würde ich nicht so gesprochen haben, da ich stets glaubte, mit unschuldigen Spielereien was zu thun zu haben, jetzt aber erscheint mir die Sache in ihrer wahren Form. Ich verlange weiter, dass man mir die mir genommene Kraft in Körper und Geist wiedergibt — das kann nicht durch Speisen geschehen, wie Sie es geglaubt haben können. Sie sprechen nur unaufhörlich von Speisen — haben Sie vielleicht noch Lust zu glauben, dass ich immer über Schwäche klage, um mir bessere Speisen zu erschwindeln — solche niederträchtige und feige Gedanken können blos Diejenigen fassen' welche, über Humanität und Gerechtigkeit spottend, die Briefe meiner Mutter unterschlagen, dadurch meine vollständige Isolirung von der Aussenwelt beabsichtigend, sich frei sehen wollen, mit mir, was Ihnen nur gefällt, zu thun. Ich will keinen grösseren Aufwand verursachen, mich nicht verwöhnen und meine Ehre nicht durch Annahme von Sachen, die mir nicht gehören, beflecken, da der Person, für welche ich lebe, meine Ehre mehr, als irgend Etwas theuer ist. Verlange weiter noch, dass man mir in Zukunft keine Komödien spielt, keine Krankheiten verursacht, auch durch alberne Reden u. s. w. nicht belästigt. Endlich verlange ich, dass man mir den hier weilenden Deputirten aus Dalmatien herbeiruft, da ich kein Vertrauen mehr auf Sie, meine Herren Doctoren, legen kann und mich vielmehr über Ihr Betragen gegen mich zu beklagen habe. —

Es konnte nach diesen schriftlichen Mittheilungen des M. bezüglich dessen Geisteszustandes während der Haft kein Zweifel mehr obwalten; auch das eigenthümliche, der Simulation verdächtige Verhalten findet darin seine Erklärung und steht dessen Zusammenhang mit den Wahnvorstellungen des Imploraten ganz ausser Zweifel.

Von Wichtigkeit erschien noch, über das Vorleben desselben weitere Aufschlüsse zu erlangen und haben die Erhebungen über sein Verhalten während seines ersten Aufenthaltes in Wien im Jahre 1881 vor Verübung seines Diebstahls Einzelheiten ergeben, aus welchen hervorgeht, dass M. auch damals bereits psychisch krank war; so soll er sich geäussert haben, er werde einmal etwas Grosses, ein dalmatinischer König; er gab sich gerne für einen Juristen und Sprachlehrer aus, zeigte ein anmassendes,

freches Auftreten, wurde bei geringfügigen Anlässen sofort excessiv und gewaltthätig, drohte gleich mit Messer und Revolver, misshandelte wiederholt seine Mutter.

Das Gesammtbild, insbesondere im Zusammenhalt mit den Charakterschilderungen aus der Schulzeit des M., mussten zu dem Ergebnisse führen, dass M. auf Grund originärer Veranlagung mit Wahnsinn behaftet sei und in diesem Zustande auch zur Zeit der That sich befunden habe. —

Ich habe diesen Fall ausführlich mitgetheilt, weil er deutlich zeigt, wie verfehlt es wäre, aus der anscheinenden Disharmonie gewisser Erscheinungen, aus deren ungewohntem Gepräge schlechtweg auf Simulation zu schliessen; es ergibt sich aber auch aus der Betrachtung dieses Falles, wie wichtig gerade in solchen Fällen eine umfassende Beobachtung, eine vorurtheilsfreie Prüfung aller einschlägigen Momente ist. — Auch andere diagnostische Behelfe, die zur Constatirung der Simulation nicht selten herangezogen werden, können Quelle arger Täuschungen werden, wenn sie eine einseitige Verwerthung finden. Man ist gewohnt, für bestimmte Formen psychischer Erkrankung auch gewisse Verlaufsverhältnisse als mehr weniger charakteristisch hinzustellen, und es mag für allgemeine diagnostische Zwecke die Beachtung der angedeuteten Beziehungen ihren Werth haben. Für die Beurtheilung des einzelnen Falles reicht dieser Standpunkt nicht aus und speciell lehren die Erfahrungen über die Irrsinnsformen bei Verbrechern Sonderbarkeiten und Abweichungen in deren Verlauf, die sehr leicht auf Simulation bezogen werden können. Auch hier gilt es, in die Lage solcher Individuen sich hineinzudenken und mit den aussergewöhnlichen Verhältnissen zu rechnen, die eben auf sie wirken. Gerade der Druck der Gefangenschaft mit allen aufregenden und erschöpfenden Momenten, die daran sich schliessen, bringt mitunter auffallend rasch bei irgend Veranlagten acute psychische Störungen zuwege, die gerne mit Simulation in Zusammenhang gebracht werden; auch der Wechsel gewisser Situationen wird gerade bei solchen Individuen nicht ohne Einfluss sein auf die Entstehung der jeweiligen Krankheitsbilder, und die Zwangslage, in welche geisteskranke Verbrecher dem inquirirenden Arzte gegenüber sich versetzt sehen, wird oft Symptome zur Entäusserung bringen, die solche Personen unbeachtet gar nicht zeigen. Die Bedeutung

solcher anscheinender Widersprüche im Verlaufsbilde darf also nicht überschätzt werden.

So werthvoll im Allgemeinen die Aufstellung diagnostischer Grundsätze für die in Rede stehende Frage auch sein mag, so bedenklich kann dieselbe werden bei Ausserachtlassung strengster Individualisirung.

Ich erwähne bei diesem Anlasse eines Falles, der vor nicht sehr langer Zeit bei einem auswärtigen Gerichtshofe sich abgespielt — nicht um hier einzugehen auf seine meritorische Seite, sondern vielmehr nur zur Beleuchtung der Motive, welche für die Annahme der Simulation ins Feld geführt wurden. Es handelte sich nach den Berichten um ein Individuum, das betrügerischer Facten wegen bereits vor Jahren gefänglich eingezogen wurde, während der Haft geisteskrank wurde, längere Zeit hindurch in Irrenanstaltspflege stand und angeblich geheilt entlassen wurde. Dieses Individuum gerieth nach Ablauf weniger Jahre durch fortgesetzte Betrugsfacten abermals mit der Strafbehörde in Conflict; es traten in der Haft neuerlich Krankheitssymptome auf — die Gerichtsärzte erklärten dieselben nun für simulirt, weil der Untersuchte genau dasselbe Bild darbot, wie bei seiner ersten Erkrankung, die nachträglich auch für simulirt angesehen wurde. Die Hinfälligkeit einer derartigen Motivirung bedarf wohl kaum näheren Beweises; denn mit mindestens demselben Rechte hätte diese Thatsache der Uebereinstimmung, die allerdings auf eine consequente Methode hindeutet, auch für die Annahme psychischer Erkrankung verwerthet werden können, zumal bekanntlich gerade bei Wahnsinnigen jene Consequenz Krankheitssymptom ist und das Freiwerden krankhafter Erscheinungen unter dem Drucke gleichartiger Verhältnisse nichts Aussergewöhnliches darbietet.

Sehen wir nun aber ab von den Fällen, bei denen der Verdacht der Simulation als unbegründet sich herausstellt — Fälle, die durchaus nicht selten sind und wie Sander ganz richtig bemerkt, dem jüngeren minder erfahrenen Arzte häufig Anlass geben, Simulation zu entdecken, als Aerzten von grösserer Erfahrung, so ändert dies nichts an der Thatsache, dass Simulation von Geistesstörung, sei es in reiner Form oder gleichzeitig neben psychischer Erkrankung, vorkommt.

Aus eigener Erfahrung, die sich über eine Summe von 200 Untersuchungsgefangenen erstreckt, kann ich bezüglich der ersteren Kategorie von Simulanten nur zwei Fälle constatiren, die als unzweifelhaft sich darstellten.

I. Einer dieser Fälle, den ich bereits veröffentlicht,[1] betraf einen 47 Jahre alten Kutscher, der wegen Diebstahl bereits sechsmal abgestraft und wegen desselben Delictes wieder in Haft genommen wurde; während dieser simulirte er durch mehrere Monate höchstgradigen Blödsinn mit den charakteristischen Uebertreibungen und absichtlichen Entstellungen, Inconsequenzen, die in ihrer Gesammtheit die Simulation mit Bestimmtheit annehmen liessen.

II. Der zweite Fall bezog sich auf einen 25jährigen Agenten, übel beleumundet, gleichfalls schon abgestraft und wegen Betruges in Haft; auch er suchte unter kindisch haltlosem Geschwätz und recht unsinnigen Behauptungen Blödsinn vorzutäuschen.

Diesen zwei Fällen möchte ich zunächst anreihen drei Fälle, bei denen theils neuropathische Störungen, theils eine gewisse Erregtheit, sogenanntes Irrsinnstemperament sich vorfanden, ohne dass von einer eigentlichen Psychose die Rede sein konnte. Im Folgenden möchte ich versuchen, in thunlichster Kürze das Wesentliche darüber mitzutheilen.

III. P. C., 29 Jahre, angeblich Schriftsteller, bereits einmal wegen Veruntreuung mit 14 Tagen Arrest bestraft. Eltern nervös, Onkel väterlicherseits endete durch Selbstmord in einem Anfall von Geistesstörung.

P. etwas leichtsinnig angelegte Natur, nicht unbegabt, brachte es trotz vorangegangener Studien (Gymnasium?) zu keiner ernsten Lebensstellung.

Als er 1882 wegen betrügerischer Manipulationen zu 14tägiger Arreststrafe verurtheilt war, suchte er den Strafantritt durch vorgeschützte Krankheit immer wieder hinauszuschieben; er klagte über allerlei subjective Beschwerden (Herz- und Brustkrämpfe), sprach von Selbstmord, von Thiergestalten, die ihm den Schlaf rauben, geberdete sich aufgeregt. Fast nach Jahresfrist wurde er unter der Begründung, er simulire blos seine Krankheit, zum Strafantritte verhalten. Bereits wenige Monate nach verbüsster Strafe machte er sich neuerlich eines Betrugsfactums schuldig, indem er unter dem Vorwande, er sei Jurist und Stellvertreter eines Advocaten, für eine Handlungsfirma Rechnungsgeschäfte übernahm und dabei in betrügerischer Weise die Firma benachtheiligte. Neuerlich in Haft genommen, geberdete er sich aufgeregt und wurde er der gerichtsärztlichen Begutachtung zugewiesen.

Hierbei erschien er leicht erregbaren Temperamentes, sehr gesprächig, zeigte Neigung zur Prahlerei, indem er durch den

---

[1]) Wiener med. Presse, 1882, Nr. 38 u. 39.

Hinweis auf seine rückgelegten Studien, auf seine bisherige Carrière und seine ausgedehnte Bekanntschaft zu imponiren suchte; dabei verwickelte er sich aber in allerlei Widersprüche und war die Lügenhaftigkeit und Uebertreibung in seinen Angaben bald erkannt. Ueberwiesen spielte er wohl für kurze Zeit den Beleidigten, liess aber sonst in seiner Gemüthslage keine bemerkenswerthe Schwankung wahrnehmen. Er äusserte sich stets rasch und fliessend, verrieth schnelle und richtige Auffassung und vermochte es rasch, verfänglichen Fragen aus dem Wege zu gehen. Dabei pflegte er auf sein schon schwach gewordenes Gedächtniss zu verweisen und sprach davon, er sei schon nahe daran, ganz blöde zu werden.

Es konnte die Absichtlichkeit des P. in der Entstellung und Verheimlichung von belastenden Thatsachen in Anbetracht der Genauigkeit seiner sonstigen Angaben über irrelevante Dinge nicht entgehen.

Vor Allem aber war P. bemüht, unter beständigem Hinweis auf hallucinatorische Wahrnehmungen als geisteskrank zu erscheinen: doch verwickelte er sich bei Schilderung derselben in allerlei Widersprüche, bot während der mehrwöchentlichen Beobachtung niemals das Verhalten eines mit Halluciationen Beschäftigten, liess sich auf eindringliche Vorstellungen herbei, nach und nach ein Schwinden der Hallucinationen zu berichten. Seine diesfälligen Angaben bezogen sich ausschliesslich auf die Wahrnehmung von schreckhaften Thiergestalten, bei deren Beschreibung er sich sehr unbestimmter und ausweichender Wendungen bediente.

Er wollte nach Allem den Eindruck eines vom Säuferdelirium Befallenen machen, wies gerne auf vorangegangenen Missbrauch geistiger Getränke hin, täuschte bei jedesmaliger Untersuchung einen argen Tremor der Hände vor, entstellte seine Schriftzüge bis ins Unleserliche, während er sonst und unbeachtet nichts Derartiges wahrnehmen liess.

Die Simulation des P. war nicht zu verkennen; auch sein Streben, nachzuweisen, dass er die Thathandlung selbst in jenem krankhaften Zustande verübt, konnte keinen Erfolg haben, nachdem sein Vorgehen aus einer ganzen Reihe wohlüberdachter und klar zusammenhängender Einzelmomente sich zusammensetzte und ein zielbewusstes Handeln mit Grund annehmen liess. Seine nachträglich vorgeschützte Behauptung, er wisse von Allem nichts, konnte auch bei dem Umstande, als er vor seiner Verhaftung in mündlichen wie schriftlichen Unterhandlungen mit seinen Klägern unverblümt sein Verschulden zugestand, keinen Glauben finden.

Doch konnte andererseits nicht entgehen, dass P. — wie auch aus Zeugenvernehmungen sich ergab — ein nervös veranlagtes Individuum war mit gewissen Sonderbarkeiten in seinem Benehmen: er wurde als erregt („gleich in der Höh") geschildert, soll mitunter nichts gesprochen, nicht gegrüsst haben, wie ein Narr fortgerannt sein; auch als ein „Schuss" wird er bezeichnet. Klagen

über Kopf- und Herzschmerzen soll er oft geäussert haben; es fanden sich auch objectiv als Symptome neuropathischer Veranlagung neben Zungentremor leichte rechtsseitige Facialisparese, gesteigerte Patellarreflexe; hypertrophia cordis.

Bei der Verhandlung benahm er sich entsprechend, verrieth detaillirte Sachkenntniss und erwies sich hinsichtlich seiner incriminirten Handlung vollkommen orientirt. Er wurde zu dreimonatlichem Kerker verurtheilt.

IV. Ein 24jähriger Malergehilfe, der bereits einmal einen Selbstmordversuch aus unglücklicher Liebe gemacht und anlässlich desselben einige Zeit in psychiatrischer Beobachtung gestanden, schliesslich als geistesgesund befunden wurde, kam bald darauf mit dem Strafgesetze in Collision; er liess nicht ab, seine Geliebte in zudringlichster Weise mit Anträgen zu verfolgen und versuchte endlich unter verblümten Androhungen sein Ziel zu erreichen. Wegen gefährlicher Drohung in Haft genommen, benahm er sich anfänglich correct, gestand rückhaltlos seine Handlungsweise zu, erkannte auch deren Bedeutung anscheinend ganz klar. Alsbald verlegte er sich darauf, geistige Störung zu simuliren, wobei er sich darauf beschränkte, eine recht blöde Miene anzunehmen und auf alle an ihn gerichteten Fragen stets mit derselben in kindischer Manier gehaltenen Phrase, er gehe zu seiner Geliebten nach Vöslau, antwortete. Einem Zellengenossen gegenüber hatte er seine Absicht, geisteskrank sich zu stellen, deutlich ausgesprochen. Er liess sich auf wiederholten Vorhalt der Aussichtslosigkeit seines Bestrebens nach wenigen Wochen herbei, allmählich seine Rolle aufzugeben. Im Verhandlungstermine erschien er wie vordem klar und bot er keine Anhaltspunkte für die Annahme einer eigentlichen geistigen Störung; er wurde zu mehrmonatlicher Kerkerstrafe verurtheilt.

V. P., Schmiedgehilfe, 27 Jahre alt, ledig, wegen Einbruchsdiebstahl, dann wegen Raufhandel schon abgestraft, nun wegen meuchlerischen Raubmordes in Anklagestand versetzt.

Nach der Anklageschrift hatte P. in dem Geschäfte einer Kohlenhändlerin M. eine Stelle als Hausknecht gesucht und daselbst erfahren, dass das Geschäft verkauft werde. Er bot sich sofort als Käufer an mit dem Hinweise, seine Geliebte werde ihm das nöthige Geld vorstrecken; er lud die M. ein, mit ihm dahin zu gehen, um die Angelegenheit in Ordnung zu bringen; es kam indess zu keinem Resultate, nachdem die Geliebte sich weigerte, Geld herzugeben. P., der nach den Erhebungen voraussetzen durfte, dass die M. einen grösseren Geldbetrag bei sich hatte, trat — nachdem er grössere Quantitäten Bier, tagsüber auch Schnaps getrunken — mit M. Abends den Rückweg an. Des anderen Tags wurde die Leiche der M., deren Schädel offenbar durch wuchtige Steinhiebe förmlich zermalmt war, an einer abseits gelegenen Stelle auf freiem Felde aufgefunden; alle Nebenumstände wiesen darauf hin, dass auch ein Raub an der Leiche verübt worden; P., als der muthmassliche

Thäter, wurde nach mehreren Tagen auf der Flucht befindlich festgenommen.

In seiner Verantwortung suchte er anfänglich den Gatten der M. als den moralischen Urheber seiner That, die er in trunkenem Zustande verübt haben will, hinzustellen; er gab vor, von Jenem unter allerlei Versprechungen zur That verleitet worden zu sein; doch hatte sich die Unwahrheit seiner Verantwortung bald herausgestellt. Er erzählte beim Verhör ganz genau und übereinstimmend mit dem objectiven Befunde den Hergang der That, deren wahre Bedeutung ihm erst nachträglich zum Bewusstsein gekommen sei. Seine weiteren Angaben über sein Verhalten nach der That, sowie die diesfalls gepflogenen Zeugenvernehmungen liessen auf ein consequent durchdachtes Streben schliessen, etwaige Verdachtsmomente von sich abzulenken, seine Person in Sicherheit zu bringen und gleichzeitig für seine Flucht alles vorzubereiten.

Weder aus den Thatmomenten selbst, noch aus den an P. nachträglich gemachten Wahrnehmungen konnten für die Supposition etwaiger geistiger Störung ausreichende Anhaltspunkte geschöpft werden und wurde dem P. der Process gemacht.

Bei der hierzu anberaumten Verhandlung nahm der Vertheidiger des P. Anlass, seine Zweifel betreffs der geistigen Integrität des P. zum Ausdruck zu bringen, und zwar unter Hinweis darauf, dass P. mit einem organischen Herzfehler behaftet sei, bereits zweimal Selbstmordversuche gemacht habe, überdies dem Trunke ergeben sei und den Mord aus ganz unzulänglichen Motiven begangen habe. Während der Verhandlung gab P., der bis dahin von geistiger Störung nichts dargeboten, alle Fragen deutlich und ohne Vermittlung eines Dollmetsch verstanden hatte, meist in lautem, aufgeregtem Tone seine Antworten, zeigte anscheinend kein klares Verständniss für den Inhalt der an ihn gerichteten Fragen, beschränkte sich zumeist auf ausweichende Angaben und schützte dabei mangelhafte Erinnerung vor; auch gesticulirte er auffallend mit Händen und Füssen herum — anscheinend, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken; dann meldete er sich unwohl; abgeführt, stürzte er sich im Nebenraum, wo er seiner früheren Geliebten und seines ehemaligen Vorgesetzten beim Militär ansichtig geworden, dieselben apostrophirend und laut schreiend nach vorwärts auf den Boden, schlug um sich, geberdete sich wie ein Tobsüchtiger; doch liess er sich bald beruhigen.

Am folgenden Verhandlungstage wurde mit Rücksicht auf die Aehnlichkeit dieses Aufregungszustandes mit einem epileptischen Anfall die Vertagung der Verhandlung behufs Untersuchung des Geisteszustandes des Angeklagten beschlossen; es war aber auch mehrfach der Verdacht, dass P. simulire, zum Ausdruck gebracht, zumal P. seinem Zellengenossen gegenüber die Aeusserung gethan, er werde in der letzten Zeit den Narren markiren. — Nunmehr wurden die umfassendsten Erhebungen gepflogen, die im Wesentlichen Folgendes über das Vorleben des Geklagten zu Tage förderten.

Der Vater des Angeklagten hat sich in den letzten Jahren dem Trunke ergeben; verwertbare Anhaltspunkte für etwaige erbliche Belastung fanden sich nicht. Aus den Knabenjahren des Inculpaten wurde als bemerkenswerth die Thatsache eruirt, dass er im Alter von 11 Jahren, und zwar im Zustande der Volltrunkenheit, einen Selbstmordversuch durch Erhängen machte. Mit 17 Jahren wurde er wegen Einbruchdiebstahls mit 3 Wochen Arrest, mit 20 Jahren anlässlich eines argen Raufexcesses mit mehrtägigem Arrest bestraft. Im Allgemeinen wurde sein Verhalten als angemessen, moralisch geschildert und insbesondere betont, dass er bis zu seiner Assentirung keine Spur von Geistesstörung dargeboten habe. Auch beim Militär war er anfangs ganz ordentlich in seinem Betragen; er wird in der Conduitenliste als ruhig, gutmüthig, fleissig, als ein Individuum von ziemlich guter Auffassung bezeichnet. Erst später, seitdem er anfing, Liebschaften zu unterhalten, wurde er leichtsinnig, unverlässlich, verlogen, zog sich mehrmals Disciplinarstrafen zu, wobei er einmal einen Erhängungsversuch machte, der nach der ganzen Art seiner Inscenirung und nach vorangegangener Androhung seitens des P. durchaus den Eindruck einer auf eine Pression abzielenden Komödie gewährte. Niemals hatte er während seiner Militärdienstzeit Anlass gegeben, psychische Störung an ihm zu vermuthen.

Noch hielt er sich während zweijähriger Bekanntschaft mit seiner Geliebten M. im gemeinsamen Haushalte mit derselben brav, sparsam, gerieth aber dann in schlechte Gesellschaft, wurde liederlich, arbeitsscheu, dem Lottospiel ergeben, brutal und jähzornig, zu groben Excessen geneigt, ungemein eifersüchtig. In diesen die letzten 3 Jahre umfassenden Zeitraum, innerhalb dessen er auch zeitweise dem Branntwein zusprach, fallen mehrmalige Conflicte, die behördliche Verwarnungen zur Folge hatten; allein die detaillirten Berichte über all diese Vorkommnisse erwiesen sich weder einzeln, noch in ihrer Gesammtheit als irgend charakteristisch für das Vorhandensein geistiger Störung; auch was sonst an ihm bezüglich seiner Gesundheitsverhältnisse beobachtet worden war (Klagen über Kopfschmerzen, Intoleranz gegen Alkohol, Neigung zu Ueblichkeiten bei Einwirkung grösserer Hitze, Herzklopfen), konnte in der angedeuteten Richtung keine zwingende Verwerthung finden und haben sich insbesondere trotz eingehender Nachforschung beweiskräftige Momente für die Annahme epileptoider Zufälle nicht ergeben.

Auch für die Thathandlung selbst, vom Standpunkte des erwiesenermassen aller Geldmittel entblössten, leichtsinnigen und arbeitsscheuen Thäters, konnte die Voraussetzung einer dabei etwa unterlaufenen Bewusstseinsstörung nicht weiter in Betracht kommen, nachdem trotz allerdings der That vorangegangenen Alkoholgenusses, trotz der durch getäuschte Hoffnung gesetzten Gemüthsaufregung der Ort des Angriffs gegen die fast blinde M.

gerade wie mit Berechnung ausgewählt erschien, nachdem P. unmittelbar nach der That in Consequenz des vollen Bewusstseins derselben gehandelt. endlich auf der Flucht entdeckt, ein umfassendes und zutreffendes Geständniss abgelegt.

Was endlich P. während seiner zweimonatlichen Haft bis zum Tage der Verhandlung Bemerkenswerthes geboten, eine gewisse Angst und Unruhe, zeitweises Aufschrecken aus dem Schlaf, konnte bei seinem durch Zeugenaussagen erhärteten fortwährenden Beschäftigtsein mit der ihm drohenden Strafe nicht wundernehmen.

Erst mit dem Verhandlungstermine und von da ab kamen augenfälligere, ungewöhnliche Erscheinungen an P. zur Beobachtung; mochte schon der Aufregungszustand während der Verhandlung dem äusseren Gepräge nach die Vermuthung einer epileptischen Grundlage nahelegen, umsomehr als während dieses Zustandes anscheinend Pupillenstarre bemerkt wurde, so wäre auch das nachmalige Verhalten des P. während der psychiatrischen Exploration bei einigermassen oberflächlicher Beurtheilung wohl geeignet gewesen, der Annahme einer psychischen Erkrankung förderlich zu sein. So sprach er wiederholt von einem grossen schwarzen Hund, ein andermal vom Teufel, mit welchen Gestalten er bald in einer Art Unterhaltung, bald lebhaft abwehrend sich beschäftigt; mitunter geräth er in heftigen Zornaffect, wobei er auf seine Wärter losgeht und unter Gewaltanwendung gebändigt werden muss.

Die Nächte bringt er oft unruhig zu und beschäftigt ihn vorherrschend die Angst vor der Hinrichtung.

Bei der wiederholten ärztlichen Exploration war P. consequent bestrebt, so geistesschwach als nur möglich sich hinzustellen; die einfachsten Begriffe, über die auch sehr blödsinnige Personen noch verfügen, sind ihm anscheinend entfallen; er übertreibt dabei in einem Grade, dass er z. B. die gewöhnlichsten Gegenstände nicht mehr kennen will, Geldstücke ganz widersinnig bezeichnet, ihm nahegelegten Unsinn ohneweiters und willkommen acceptirt. Es musste weiter auffallen, dass er, über gravirende Dinge befragt, mit Vorliebe auf sein Kopfleiden verwies, wodurch er alles vergessen habe. Der Beobachtung konnte nicht entgehen, dass P. bei alledem eine sehr aufmerksame, rasche Orientirung verrathende Miene zeigte, dass er der peinlichen Lage ganz wohl sich bewusst war, eine gewisse Angst nicht verbergen konnte und in die Enge getrieben es vorzog, durch Annahme einer drohenden Haltung, durch Zornesäusserungen die unangenehme Situation abzukürzen. Es fanden sich auch keine bemerkenswerthen körperlichen Störungen und konnte an der Thatsache, dass P. den Aerzten gegenüber die Rolle eines Simulanten spielte, durchaus nicht gezweifelt werden.

Auch die vorerwähnten Verdachtsmomente konnten einer sorgfältig erwägenden Kritik nicht Stand halten, nachdem insbesondere die pathologische Natur des erwähnten Anfalles bei der Verhandlung mit Rücksicht auf mehrfache Momente nicht als erwiesen an-

genommen werden konnte. Die dabei erhaltene Fähigkeit der Wahrnehmung äusserer Vorgänge, die ungewöhnliche Art, mit ausgebreiteten Armen nach vorne sich zu werfen, die Möglichkeit, durch Zureden auf die Unterlassung weiterer ähnlicher Versuche Einfluss zu üben, die durch die localen Beleuchtungsverhältnisse gegebene Unverlässlichkeit der auf Pupillenstarre bezüglichen Beobachtungen waren mit der Voraussetzung eines epileptischen Anfalles nicht wohl vereinbar und konnten als demonstrative Entäusserung des den Angeklagten beherrschenden Angstaffectes immerhin Geltung finden.

Desgleichen vermochte das sonderbare Spiel des P. mit den von ihm hervorgekehrten Hallucinationen an sich und im Zusammenhalt mit den daneben bestehenden, volle psychische Klarheit verrathenden Tendenzen des Inculpaten keineswegs den Eindruck der Wahrheit hervorzurufen, sowie auch die Zornesäusserungen des P. den Wärtern gegenüber nie als ganz unmotivirt und zum Wesentlichen als Ausdruck der Verbitterung über deren unausgesetzte Controle und Beaufsichtigung sich darstellten.

Durch Einleitung eines strengen Disciplinarverfahrens war es schliesslich ermöglicht, den P. zur gründlichen Aenderung seines Benehmens zu bestimmen. Im neuen Verhandlungstermine hielt er sich vollständig innerhalb der ihm gestellten Grenzen. Aerztlicherseits konnte allerdings das reizbare Wesen des Angeklagten, sein jähzorniges Temperament als eigenthümliche Charakteranlage geltend gemacht werden; es war auch nicht in Abrede zu stellen, dass P. vor Verübung seiner That geistige Getränke genossen. Der Nachweis einer eigentlichen Geistesstörung oder eines zur Zeit der That bestandenen Zustandes von Volltrunkenheit war wissenschaftlich nicht zu führen.

P. wurde von den Geschwornen einstimmig für schuldig erkannt; die über ihn verhängte Todesstrafe wurde im Gnadenwege in lebenslängliche Kerkerstrafe umgewandelt.

Auch der nun mitzutheilende Fall weist einzelne Sonderbarkeiten im psychischen Verhalten des betreffenden Angeklagten auf, die einigermassen an eine originäre Veranlagung gemahnen; es fehlen aber ausgesprochene Zeichen psychischer Erkrankung und was an ihm den Eindruck eclatanter Geistesstörung vorübergehend machte, hat sich zum Wesentlichen als Effect von Simulation herausstellt.

P., Zeichner, 34 Jahre alt — vor zehn Jahren wegen Veruntreuung mit 14tägigem Kerker bestraft — neuerlich wegen desselben Delictes in Untersuchung. Bei seiner ersten Vernehmung legte P. ein vollinhaltliches Geständniss ab, gab Nothlage und Drängen der Gläubiger als Motiv an. Weder aus den Acten, noch sonst irgend Verdachtsmomente für etwaige Geistesstörung.

Zur Hauptverhandlung erschien P. nicht; er hatte an demselben Tage in die Cabinetskanzlei sich begeben und suchte daselbst

um Begnadigung an, da er zum Tode durch den Strang verurtheilt sei. Die Polizeibehörde, bei der er noch mittheilte, dass er im Besitze von Staatsgeheimnissen sei, die nur durch seinen Tod beseitigt werden könnten, verfügte seine Einbringung ins Krankenhaus ad observationem.

Daselbst bot er in seinem Verhalten nichts Auffallendes; doch klagte er, dass er seit mehreren Wochen aufgeregt und verwirrt sei, an Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit leide; weiters erzählte er, er habe am Abend vor seiner Einbringung zu Hause ein zusammengefaltetes Papier gefunden und bei flüchtigem Durchlesen zu seinem Schrecken sein Todesurtheil gelesen ohne jede Motivirung; doch gibt er an, er sei eben gewissen Leuten, von deren Handlungen er wisse, unbequem. Auch äusserte er dabei Verfolgungsideen, er werde im Amte angefeindet, man verbreite falsche Nachrichten über ihn, doch vermied er es, von seinem Conflict mit dem Strafgesetze auch nur im Entferntesten etwas anzudeuten.

Nach kurzem Aufenthalte im Krankenhause entlassen, wurde er bezüglich seines Geisteszustandes gerichtsärztlich untersucht.

Die sorgfältigsten Erhebungen haben keinerlei belastende Momente ergeben; auch die Zeugenaussagen über sein Benehmen bis in die allerletzte Zeit lieferten keine Anhaltspunkte zur Annahme eines verlässlichen Krankheitsbildes; seine eigenen Angehörigen vermochten nur von einer Aufregung mitzutheilen, die drei Tage vor dem Verhandlungstermine ihren Anfang nahm; während derselben nahm er nur wenig Nahrung zu sich, klagte über Ermattung, erwähnte vorübergehend, er wolle zur Audienz gehen, konnte aber am letzten Tage noch seiner Beschäftigung zur vollsten Zufriedenheit nachkommen.

Bei seinen Vernehmungen ist er bemüht, sein vordem rückhaltlos zugestandenes Delict in ganz anderem Lichte darzustellen und die gegen ihn erstattete Anzeige entgegen seiner anfänglichen Haltung als Ausfluss von Feindseligkeiten Anderer hinzustellen, die er überdies in verschiedener Weise zu verdächtigen sucht. Er verweilt gerne und anscheinend in der Absicht, von seinem eigenen Verschulden abzulenken, bei verleumderischen Angriffen gegen Andere, ohne dass hierin mehr erblickt werden konnte, als eben ein Versuch, sein verbrecherisches Gebaren so viel als möglich zu beschönigen. Bei Motivirung der angegebenen Feindseligkeiten verwickelt er sich in vielfache Widersprüche, kommt auch auf Vorkommnisse zu sprechen, die vielleicht thatsächlich sich zugetragen, mit seiner Angelegenheit aber nichts zu thun haben; der Nachweis eines charakteristischen, pathologischen Hintergrundes konnte hiefür nicht erbracht werden. Sein anscheinender Verfolgungswahn beschränkte sich eigenthümlicherweise auf jene Personen, die zu seiner gegenwärtigen Strafsache in Beziehung standen.

Sein psychisches Verhalten am Tage der anberaumten Verhandlung, zu der P. drei Tage vorher die Vorladung erhalten und

den betreffenden Zustellungsbogen eigenhändig unterfertigt hatte, konnte nicht den Eindruck der Glaubwürdigkeit und Wahrheit machen und hat insbesondere eine eingehende Kritik seiner nachträglichen Angaben über das angebliche Todesurtheil, über die Umstände, unter denen er zur Kenntniss gekommen sein will, die Zweifel an der Echtheit dieser Wahnfabel keineswegs behoben. Auch musste der Umstand, dass P. ohne jeden Einwand ins Krankenhaus sich bringen liess und dort ganz ruhig sich benahm, umsomehr auffallen, als er nachträglich auch die Einlieferung dahin als Werk seiner Feinde erklärte und jedwede Erkrankung in Abrede stellte, wohingegen er bei der Polizeibehörde auf die Supposition einer Krankheit ohneweiters einging.

Wenn er ferner gerade den wichtigsten Bestandtheil seines Wahnes, nämlich die durch vermeintlich feindselige Machinationen herbeigeführte Verwicklung mit dem Strafgesetze so consequent geheimhielt, so erschien auch dies mit dem Standpunkte eines doch sonst nicht rückhaltenden Wahnsinnigen nicht wohl vereinbar.

Das Gutachten musste zum Schlusse kommen, dass P. zur Zeit der That nicht geisteskrank war, dass die nachträglich an ihm beobachtete Störung zum wesentlichen Theil simulirt war; andererseits konnte an ihm ein gewisser Zug von Selbstüberhebung und Eingenommensein von seiner Person und seinen Leistungen, der zu Conflicten in seinen dienstlichen Verhältnissen wiederholt Anlass gegeben haben mag, nicht übersehen werden und war auch durch seine Angehörigen erhoben worden, dass er nicht gerne Umgang mit Anderen suchte, sehr viel auf schöne Kleidung hielt, gerne mit reformatorischen Ideen betreffs militärischer Adjustirung, Bewaffnung sich beschäftigte (wozu er allerdings als Mitglied eines militärischen Vereines und durch die Aussicht, dadurch vorwärts zu kommen, einigen Anlass hatte).

P. wurde unter Geltendmachung mildernder Umstände zu mehrmonatlicher Haft verurtheilt und haben seither im Laufe von mehreren Jahren bezüglich der Intactheit seines Geisteszustandes begründete Bedenken sich keineswegs ergeben.

War in dem eben mitgetheilten Falle neben Simulation das Bestehen einer originären Veranlagung nicht ausgeschlossen, so fand sich in dem nunfolgenden neben Simulation zweifellos schwere psychopathische Disposition bei einer ausgesprochenen Verbrechernatur.

VII. O. F., Hutmachergehilfe, 39 Jahre alt, ein seit Jugend wegen Diebstahls und öffentlicher Gewaltthätigkeit 15mal abgestraftes Individuum, in der Auskunftstabelle als ein sehr schlechter, gewaltthätiger und excessiver, kaum besserungsfähiger Mensch bezeichnet, hat, wie aus den Voracten zu entnehmen ist, schon in der Lehre nicht gut gethan, war leichtsinnig, liederlich und faul, unter nachtheiligen Erziehungseinflüssen aufgewachsen, vom eigenen Vater mit der Wilddieberei bekannt gemacht.

Durch Trunksucht des Vaters, durch Geisteskrankheit eines Bruders erscheint O. erblich veranlagt; nach den allerdings sehr widersprechenden Angaben der Angehörigen des O. habe derselbe bereits in jüngeren Jahren an epileptischen Anfällen gelitten; beim Militär wurde er wegen Epilepsie superarbitrirt (von seinem Vater für Simulation gehalten). Nach eigener Versicherung blieb O. seither frei von Anfällen. Eine Reihe seiner Delicte hat O. in „angetrunkenem" Zustande verübt und soll O. seit Jahren dem Trunke ergeben sein. Vagabundirende Lebensweise, wiederholte Haft kommen als weitere occasionelle Schädlichkeiten in Betracht und konnte aus Allem zunächst schon auf hochgradige psychopathische Disposition geschlossen werden; doch war auch ein mindestens theilweiser Zusammenhang der fortschreitenden moralischen Depravation des O. mit dieser dem Boden der Epilepsie entstammenden krankhaften Disposition nicht abzuweisen.

O. lebte nun mit einem Hausknechte seit Jahren in bitterer Feindschaft; beide hatten sich vor Jahren in gegenseitigem Kampfe mit Messerstichen arg verletzt und wurden zu schweren Kerkerstrafen verurtheilt. Seit der Entlassung aus der Strafanstalt liess er fortwährend Drohungen laut werden, dass er jenen Knecht ermorden werde, bewaffnete sich eines Tages mit der Flinte, um seinen Feind aufzusuchen. Die Gendarmerie, rechtzeitig hiervon in Kenntniss gesetzt, intervenirte. O. wurde aufgefordert, die Flinte abzulegen; statt dessen legte O. an und gab einen Schuss ab, der zufälligerweise über den Gendarmen hinwegging. O. wurde daraufhin arretirt und wegen Mordversuches angeklagt. Die Handlungsweise des O. bot an sich nichts Krankhaftes und war insbesondere, wie die Untersuchung lehrte, irgend eine durch Epilepsie bedingte oder etwa durch Trunk herbeigeführte Bewusstseinsstörung zur Zeit der That auszuschliessen.

Dagegen erregte O. durch sein Verhalten schon in den ersten Tagen der Untersuchungshaft den Verdacht eigentlicher Geistesstörung; er sprach von Würmern im Kopf, von allerlei Gestalten (Männchen), die ihn verfolgen, von Vergiftung; daneben erschien er ganz blödsinnig, so dass er die einfachsten Fragen nicht verstand.

Die ärztliche Beobachtung deckte eine Reihe innerer Widersprüche, absichtlicher Uebertreibungen, ostentatives Hervorkehren der angeblichen krankhaften Wahrnehmungen etc. auf. Die anscheinende Geistesstörung musste zum Wesentlichen als erkünstelt angesehen werden. Es wurde sohin gegen O. die Anklage erhoben; O. liess bei der Verhandlung von dieser seiner geistigen Störung nichts merken, er verantwortete sich dahin, dass er mit dem Schuss den Gendarmen nur von der Verhaftung habe abschrecken wollen; die Absicht, denselben zu ermorden oder auch nur zu verletzen, habe er nicht gehabt. Er wurde jedoch im Sinne der Anklage schuldig erkannt und zu sieben Jahren schweren Kerkers verurtheilt.

VIII. Nachstehenden, in mehrfacher Beziehung nicht uninteressanten Fall will ich in etwas ausführlicher Mittheilung folgen lassen.

Am 8. August 1884 überreichte die Diurnistensgattin Katharina K. ein Ansuchen um Verhängung der Curatel über ihren Gatten, da derselbe nicht im Vollbesitze seiner geistigen Kräfte sei und über die Folgen seiner Handlungen keine Rechenschaft sich geben könne. Sie führt aus, dass K. seit längerer Zeit an einer „Geisteszerrüttung" leide, welche in Folge einer vor sieben Jahren erfolgten Verurtheilung, bei welcher er hätte bereits ärztlich untersucht werden sollen, sich verschlimmert habe, indem er ein ganzes Convolut von Schriften an die Staatsanwaltschaft richtete, indem er Gegenstände kauft und wieder verschenkt, indem er besonders nach Genuss geistigen Getränkes Unsinn spricht, mit Projecten zur Rettung des Staates sich beschäftigt; vor einiger Zeit habe er an den Kaiser von Russland wegen eines verbesserten, geräuschlos explodirenden Schiesspulvers, ebenso wegen Neuerungen an den Kanonen geschrieben.

Das jenem Gesuche beigeschlossene ärztliche Zeugniss des Dr. B., welcher den K. seit Jahren kennt und ihn wiederholt ärztlich behandelt hat, besagt, dass derselbe seit längerer Zeit und andauernd Erscheinungen dargeboten habe, welche auf eine krankhafte Störung seiner geistigen Functionen hindeuten, dass diese Erscheinungen in letzter Zeit sich gesteigert und eine amtliche Prüfung seines Geisteszustandes dringend nothwendig erscheine.

Auf Grund der erwähnten Eingabe wurde die gerichtsärztliche Untersuchung des Geisteszustandes des K. vorgenommen.

Derselbe erschien dabei in ausgesprochenem Grade apathisch, monoton in seinen Aeusserungen, zum Theile unklar in seinen Auseinandersetzungen. Nach seinen Mittheilungen hat er im Feldzug 1859 eine Kopfverletzung erlitten, in Folge deren er 24 Stunden bewusstlos gewesen sei; seither leide er häufig an Kopfschmerzen, sei immer aufgeregt und nervös, werde bei grösserer Hitze von Schwindel befallen, wobei er in Gefahr sei, umzufallen und einen Schlaganfall befürchte — Erscheinungen, welche auch nach Genuss geringer Quantitäten geistiger Getränke sich einstellen. Er vertrage überhaupt nicht viel und sei im Gasthause häufig von den Andern zum Besten gehalten worden.

Nach seiner Entlassung vom Militär sei er anfänglich Diener gewesen, darauf bei verschiedenen Aemtern Diurnist. In seiner vorletzten Stellung sei er in Folge eines Conflictes mit seinem Vorgesetzten, welchem er, erregt, in Folge einer beschimpfenden Aeusserung, eine Wasserflasche nachgeworfen habe, zu 4 Monaten Gefängniss verurtheilt worden; „mit dieser Geschichte," fügt er hinzu, „sei alles beisammen"; er erzählt dabei in unklarer Weise von einem Vertrage, welchen er habe schreiben müssen, wobei es geheissen habe, dass er eine Nulle weggelassen; daraufhin habe er

eine ganze Geschichte zusammengeschrieben, in welcher er den Schwindel anlässlich eines Gutskaufes aufgedeckt habe; die Ablehnung dieser Schrift habe ihn veranlasst, seinen Dienst aufzugeben.

Ueber Befragen theilt er mit, dass er mit verschiedenen Erfindungen auf technischem Gebiete sich befasse und mehrfache ihm heute noch Vortheil versprechende Projecte ersonnen habe. Seine mangelhafte Vorbildung habe er durch Bücherstudium ersetzt: zu diesem Zwecke will er für nahezu 200 fl. Bücher gekauft und mit „allerhand militärischen Sachen experimentirt" haben; er vermag hierüber keine präcisen Angaben zu machen, behauptet aber, etwas Besonderes geleistet zu haben: nur bedauert er, dass man ihn hier in Oesterreich nicht anhöre, dass man hier mit einer guten Sache nicht vorkomme, dass er mit seinen Vorschlägen, den Geistlichen alles wegzunehmen, nicht durchdringe. Mit gewisser Genugthuung erwähnt er, dass er vor Jahren an den Kaiser von Russland geschrieben und demselben die „ganze Geschichte auseinandergesetzt" habe, wie gut es nämlich wäre, wenn man, zur Vermeidung des Ansatzes, in den Gewehren dem Schiesspulver Alaun beimengen würde.

Auf Vorhalt seiner angeblich leichtsinnigen Geldgebarung verantwortet er sich nur ausweichend; er gesteht zu, dass er vielleicht über seine Mittel hinaus die Kinder eines Bekannten unterstützt habe, womit seine Verwandten vielleicht nicht einverstanden gewesen.

Das Gutachten weist hin auf bemerkenswerthe objective Zeichen eines Leidens des Centralnervensystems, nämlich Erweiterung und Differenz der Pupillen, Schlaffheit der Gesichtsmusculatur, und kommt zu dem Schlusse, dass nach Allem K. mit Blödsinn behaftet sei.

Ende Januar des folgenden Jahres wurde K. gleichzeitig mit mehreren Amtscollegen in Disciplinaruntersuchung wegen Verdachtes von Stempeldefraudation gezogen, nachdem er bereits am 1. August des Vorjahres wegen Verwendung eines bereits gebrauchten Stempels beanständet worden war, sich zwar für unschuldig ausgab, aber dennoch sich bereit erklärte, den betreffenden Betrag zu ersetzen, und wurde er unter Einem seines Dienstes enthoben.

Indem nun K. auf Grund der Disciplinarerhebungen wegen Amtsveruntreuung in strafgerichtliche Untersuchung gezogen wurde, erschien eine neuerliche Untersuchnng seines Geisteszustandes nothwendig, zumal während der Disciplinaruntersuchung aus mehreren Momenten der Verdacht sich ergab, dass K. seine frühere Geistesstörung lediglich simulirte, um hiedurch den Folgen seines sträflichen Gebarens sich zu entziehen.

Zu diesem Behufe wurde das gesammte auf K. bezügliche Actenmateriale eingehend geprüft; hiernach stand K. bereits einmal, und zwar vor sieben Jahren, wegen versuchter schwerer körperlicher Beschädigung in gerichtlicher Untersuchung und wurde wegen

des genannten Verbrechens zu vier Monaten schweren Kerkers verurtheilt.

Die diesem Acte beiliegende Auskunftstabelle bezeichnet den K. als gesund, von entsprechender Bildung und bemerkt, dass er sich bei den Verhören ruhig und anständig benommen.

Die betreffende Anklage gründet sich darauf, dass K., während er am 18. März 1877 Mittags in das Bureau seines Vorstandes getreten war, mit den Worten: „Ich schlage Sie nieder, mit was ich erwisch", eine mit Wasser gefüllte starke Flasche gegen ihn geworfen. Die Annahme der Vertheidigung, als habe K. in Sinnenverwirrung gehandelt, wurde als nicht stichhältig verworfen, weil K. selbst nur eine Aufregung behauptet hat und nach den Angaben eines Zeugen der Angeklagte vor der That vollkommen bei Sinnen war.

Nach den Erhebungen war K. an jenem Tage unangemeldet bei ihm eingetreten und hatte erklärt, er werde den nächsten Tag nicht mehr kommen, da er aus dem Dienste trete. Dabei äusserte er sich gegen seinen Vorstand schmähend mit dem Vorwurfe, derselbe habe ihn und seine Familie unglücklich gemacht. „Da ich," schreibt der Vorstand, „den exaltirten Charakter dieses Menschen aus früheren Anlässen kannte und mich mit ihm in keine weitere Unterredung einlassen wollte, habe ich denselben aufgefordert, sofort mein Bureau zu verlassen. Statt dieser Aufforderung zu folgen, nahm K. eine drohende Haltung an, so dass gleichzeitig der anwesende W. ihm die Thüre wies, worauf K. mit den an mich gerichteten Worten: „Ich schlag' Sie nieder, mit was ich erwisch" den in seiner Nähe gestandenen Sessel ergriff, um damit auf mich loszugehen, woran er aber durch den W. verhindert wurde; doch bevor ich noch Zeit fand, um dem Kanzleidiener zu läuten, ergriff K. die Wasserflasche und schleuderte sie mit aller Gewalt gegen mich." — „Welches Motiv den Diurnisten K. zur Rache gegen mich und zuletzt zu seinem hier erzählten Gewaltacte bewog, ich weiss es nicht; denn actenmässig und durch Zeugen wird bestätigt, dass ich denselben immer nur wohlwollend behandelt und seine materielle Lage, soweit ich durfte, stets verbessert habe." — „Doch seine überspannten Ansprüche und Erwartungen schienen keine Grenzen zu haben, und weil ich dieselben nicht mehr nach seinen ungerechtfertigten Wünschen befriedigte und auch nicht befriedigen durfte, so benimmt er sich schon lange sehr feindselig gegen mich, was durch eine gegen ihn wegen unwahrer und verleumderischer Angaben geführten Disciplinaruntersuchung erwiesen vorliegt, worauf ihm die Strafe der Dienstentlassung nur über meine Fürbitte nachgesehen und er im Dienste mit seinen Bezügen belassen wurde." — „Der Umstand, dass ich am 10. d. M. für die hierortigen Beamten eine Gehaltserhöhung erwirkt habe, wobei K. als Diurnist nicht betheiligt sein konnte, mag ihn neuerdings gegen mich aufgebracht haben."

In der Polizeinote vom 20. März 1877 findet sich folgender Passus:

Seine (des K.) trotzige und rohe Natur geht jetzt noch daraus hervor, dass er in verschiedenen Aeusserungen, welche jetzt noch den Stempel der Verleumdung erkennen lassen, bemüht ist, der Ehre seines Vorstandes nahezutreten, und als Angeklagter die ihm nicht zukommende Rolle eines Anklägers zu spielen beabsichtigt. Aus dem Wesen des Genannten geht im Einklange mit seinen Aeusserungen hervor, dass er nur noch das Streben hat, durch Hervorzerren von nur in seiner Phantasie liegendem, an ihm angeblich verübtem Unrechte in der Oeffentlichkeit Scandal zu machen, und gibt er sich bereits jetzt schon der angenehmen Hoffnung hin, von den Geschwornen freigesprochen zu werden.

Bei seinem gerichtlichen Verhöre am 21. März 1877 erzählt K., er habe militärische Erziehung genossen und im Jahre 1860 seinen Abschied vom Militär erhalten; dann sei er als Schreiber in Verwendung gewesen. In seiner letzten Stellung habe er die Erlangung einer Kanzleibeamtenstelle angestrebt, wozu er sich nach seinen Fähigheiten und seiner Verwendung für berechtigt hielt: allein er habe hierin Schwierigkeiten erfahren, welche seiner Ueberzeugung nach seinem Vorstande zuzuschreiben seien. Derselbe habe ihm nämlich vor drei Jahren eine auswärtige Stelle angeboten, die er aber wegen zu geringer Dotirung, wegen der Uebersiedlungskosten ablehnen musste; zudem sei damals seine Frau krank gelegen und sein Kind ihm gestorben. Seine nochmaligen Bewerbungen seien sämmtlich erfolglos gewesen und habe er entnehmen können. dass er nichts mehr zu erwarten habe.

In seinem Unmuthe über die ihm widerfahrene Zurücksetzung habe er eine Eingabe an das vorgesetzte Amt gemacht, worin er auf Uebelstände bei den Besetzungen aufmerksam gemacht habe. In Disciplinaruntersuchung gezogen, habe er Alles widerrufen; seither aber sei sein Vorstand nicht nur unfreundlich, sondern geradezu gehässig.

In letzter Zeit seien zwei jüngere Leute mit geringerer Dienstzeit befördert worden. Dies habe seinen Unmuth nur gesteigert. Ausserdem sei er bei der letzten Gehaltaufbesserung leer ausgegangen.

Seine That leugnet er nicht, er bedauert, dass er in seiner Heissblütigkeit dazu sich habe hinreissen lassen: eine Absicht der körperlichen Beschädigung sei ihm ferngelegen.

Der Amtsvorstand des K. gab weiters an, derselbe habe bei der Disciplinaruntersuchung im Vorjahre sich ebenfalls excessiv benommen. Nach diesem Vorfalle sei dessen Gattin zu ihm mit der Bitte gekommen, sie und ihre drei armen Kinder nicht zu verlassen und sie in Schutz zu nehmen; sie erzählte unter Weinen und Wehklagen, wie sehr ihr Gatte sie immer misshandelt habe, dass sie selbst bitte, dahin zu wirken, dass er ins Irrenhaus gebracht werde, denn sein excessives Benehmen, welches auch die ganze Nachbarschaft kenne, lasse sie das Aergste befürchten, wenn er entlassen

würde. Bei diesem Anlasse erzählte sie auch, ihr Gatte habe einmal das Crucifix an ihr zerschlagen und das Geschirr zertrümmert.

Die Angaben des K. wegen Zurücksetzung im Amte bezeichnet er als theils entstellt, theils unwahr; er betont, dass er im Gegentheile stets wohlwollend sich ihm gegenüber benommen, dass aber K. ohne Rücksichtnahme auf seine kurze Dienstleistung und seine mangelnden Kenntnisse Ansprüche auf Dienststellen machte, welche viel höher dotirt sind, und wirkliche Beamte oft erst nach vielen Jahren erreichen.

Auch von Anderen wurde K. als ein exaltirter, excentrischer, als ein hitziger, überspannter Mensch, als Rabbulist sondergleichen bezeichnet, der periodisch höchst aufgeregt sei, immer sich beschwerte, dass er nicht vorwärts komme, Andere dieserhalb ganz ungerechter Weise beschuldigte.

Bezüglich des früheren dienstlichen Verhaltens wurde K. als sehr verwendbar geschildert und hat er zu keinerlei Klagen Anlass gegeben.

Ueber das seitherige Verhalten des K. in den letzten Jahren finden sich in den auf seine Amtsveruntreuung bezüglichen Acten eine Reihe von Zeugenaussagen von Amtspersonen, aus denen hervorgeht, dass K. ein ziemlich lockeres Leben führe, sehr häufig in Wirthshäusern getroffen werde, in welchen er unverhältnissmässig grosse Ausgaben mache, dass er oft angetrunken ins Bureau kam, dass er sogar ins Amtslocale an Nachmittagen, an welchen er allein daselbst beschäftigt war, Freudenmädchen mitnahm.

Er wird als ein sehr heftiger, als ein roher, excessiver, ja sogar gefährlicher Mensch bezeichnet, von dem man selbst erwarten könne, dass er Anderen zum Trotze, aus Bosheit Acten oder Stempel unterschlagen könne, damit Andere statt seiner leiden müssten. Er gilt als überspannt, jähzornig, einbilderisch, als nervös erregt.

Andererseits wird er als fleissiger, verwendbarer Arbeiter, als gescheiter, pfiffiger, ja höchst raffinirter Mensch geschildert; insbesondere soll er gelegentlich geäussert haben, er werde, wenn man ihm auf etwas komme, sich schon zu helfen wissen und es so machen, wie Andere, dass ihm nichts geschehen könne. Ein andermal habe er erzählt, sein Vater und Grossvater seien im Irrenhause gewesen, auch er werde dahin kommen; wenn er Jemanden niedersteche, könne ihm nichts geschehen, denn er lasse sich närrisch erklären.

Demgegenüber sprach er seine Verwunderung darüber aus, dass er ohne seinen Willen bezüglich seines Geisteszustandes untersucht und unter Curatel gestellt worden, machte sich lustig darüber, dass die Aerzte nichts verstehen, dass sie ihn mit dem Hin- und Herfragen bald närrisch gemacht hätten, wenn er nicht so gut beisammen wäre.

Unter zahlreichen, in der Wohnung des K. aufgefundenen Schriften findet sich zunächst ein von seiner Hand herrührendes

Majestätsgesuch, in welchem er nach seiner gerichtlichen Abstrafung „gewichtige Gründe seiner Rehabilitirung" geltend zu machen sucht. In diesem Gesuche schreibt er u. A.: „Alles, was ich selbst und die anderen zwei Diurnisten gearbeitet hatten, wurde stets als schlecht befunden. Ich fand mich in einer Aufregung und körperlichen Schwäche, so dass ich mich dieses Dienstes gerne enthoben wissen wollte. Doch schon am zweiten Tage wurde ich vorgerufen und bedrohte der Vorstand mich in Gegenwart dreier Herren mit dem Unglücke und bezeichnete mich eigenthümlich, wie solches die heilige Schrift verpönt. Er spielt sich auf den Wolwollenden hinaus — doch nur um den Groll gegen mich zu verdecken und sich den Anschein zu geben, er wäre wolwollend gegen mich gesinnt. — Ich kam zur vollsten Ueberzeugung, dass in diesem Amte man gänzlich recht- und schutzlos ist. — Weiters hat derselbe meiner armen Frau ausdrücklich gesagt, er könne mich nicht befördern, ich wäre ein Narr. Herrn Dr. M. suchte er zu bewegen, mich irrsinnig zu erklären; ebenso hat er beim Polizeipräsidenten Schritte gethan, mich von Wien zu entfernen, jedoch misslang Alles!"

Weiters findet sich vor eine an die Staatsanwaltschaft gerichtete 26 Bogenseiten umfassende Schrift, in welcher er u. A. Folgendes anführt: „Nicht nur im Unmuthe, sondern auch in der empfundenen Gefühlsverletzung, der rohen Behandlung, der Zurücksetzung, absichtlichen und widerrechtlichen Kränkung, Erniedrigung meiner Person, Stempelung mit der Unfähigkeit, persönlichen Hasses gegen mich . . ."

An anderer Stelle: „Die Annahme einer Sinnesverwirrung kam mir nicht zu Gute, war nicht stichhältig; die Grade sind mir nicht bekannt, wie ein Mensch beschaffen sein muss, um diesen Vortheil zu geniessen und auszunützen; so viel ist gewiss, dass ich mich damals in ganz unzurechnungsfähigem Zustande befand."

Weiters: „Ich kann es nicht angehen lassen, den Urheber von Allem so straflos ausgehen zu lassen" — „mit meinem Begehren um Rehabilitirung, welches angesichts der ganzen Welt Berücksichtigung finden sollte, wurde ich abgewiesen" — „ich erstatte somit gegen St— die Anzeige wegen Missbrauches der Amtsgewalt und öffentlicher Gewaltthätigkeit". Er klagt wegen ungerechter Präterirung, beschuldigt seinen Vorstand, „der auf seine Beseitigung auf welche Art immer abgezielt habe," mannigfacher Incorrectheiten etc., erklärt weiter: „Aus polizeilicher Gefälligkeit für Jenen wurde ich ohne Zustellung eines motivirten Verhaftsbefehles verhaftet" — „da meine Verhandlung vor die Oeffentlichkeit entstellt gelangte, jedenfalls bezahlte Sache war, so muss ich mit Recht sagen, wenn eine Verbitterung gegen diesen verkommenen St. man mir ansah oder ich zur Schau trug, ob aber mit Recht, davon geschieht keine Erwähnung". Er kritisirt weiter in erbittertem Tone die auf seine Verhandlung bezügliche Zeitungsnotiz, die er auch aufbewahrt hat, und bemerkt u. A.: „Von wieder

holten Wohlthaten weiss ich nichts zu erzählen, wohl aber von Rohthaten — herausgefordert und tief in meinem Gefühle verletzt, sah ich mich genöthigt, anzuzeigen: ich melde mich zur Audienz und werde Beschwerde bei Sr. Majestät führen; eben dies zu verhindern, erbat er sich meine Verhaftung. — Der angegebene Punkt, dass kein Beamter mehr mit mir verkehren sollte, war seine Erfindung; er hat ja schon längst durch List es angeregt, damit keiner seiner Getreuen mit mir verkehren möge; diese ohnehin karge Stellung hat er mir unerträglich, unhaltbar zu machen gesucht."

In anderen, einige Bogen füllenden Bleistiftnotizen spricht er in rücksichtslosester Weise von der „miserablen Wirthschaft im Amte", von der „ungewöhnlichen Frechheit" und dem „verworfenen Charakter" des Vorstands, der „wie ein Meuchelmörder auf die Familie K. sich geworfen und bemüht war, dieselbe gründlich zu vertilgen", „nicht genug damit, in seiner Gewissenlosigkeit sogar noch weiter ging und den Gerichtsarzt Dr. M. bestimmen wollte, er solle mich als vom Irrsinn befallen und leidend erklären, welches Ansinnen jedoch derselbe entschieden zurückwies".

Frau K. gab an, sie habe ihren Gatten nach kurzer Bekanntschaft vor 19 Jahren geheiratet. Ueber sein Vorleben ist ihr wenig bekannt; nur aus den Angaben seiner verstorbenen Mutter habe sie entnommen, dass K. in früheren Jahren „immer ein böser Ding" gewesen, dass sein Vater ein excessives Leben geführt habe, in der Aufregung seine Kleider zerriss, Bettzeug vernichtete, schliesslich ins Irrenhaus gebracht werden musste, wo er bereits vor circa 30 Jahren starb.

Frau K. hat an ihrem Mann seit jeher ein erregtes Wesen bemerkt; eine deutliche und immer zunehmende Steigerung seiner Erregtheit datirt erst seit ungefähr 9 Jahren, als er sich im Amte zurückgesetzt wähnte. Nach seiner Verurtheilung war er zwei Jahre hindurch ganz in sich gekehrt, kümmerte sich nicht um die Erhaltung seiner Familie und habe die Frau Schritte thun müssen, um ihn wieder unterzubringen.

Aus jener Zeit datirt auch ein Zeugniss des Dr. B., worin bestätigt wird, dass K. an einer auffallenden Verstimmung des Nervensystems, in Folge davon an galligem Erbrechen und Verdauungsstörungen leidet.

Seit Jahren beobachtet die Frau, dass K. zu Zeiten, in Pausen von Wochen bis Monaten, in besonderem Grade aufgeregt sei, so dass man es mit ihm nicht aushalten könne; zu solchen Zeiten springt er Nachts aus dem Bette, reisst Fenster und Thüre auf, geht auf und ab, duldet nicht die leiseste Einmengung, fängt an zu schimpfen und zu drohen, spricht vom Aufhängen u. dgl. und flösst seiner Umgebung die grösste Furcht ein; so bringt er meist mehrere Nächte schlaflos zu.

Seit vier bis fünf Jahren hat Frau K. wegen des erregten Charakters ihres Mannes jeden Verkehr mit ihm eingestellt; er geht

seither in ihrer Wohnung wohl aus und ein, nimmt aber nicht den leisesten Antheil an der Erziehung und dem Schicksal der Kinder, spricht mit Niemandem und will auch von Niemandem angesprochen werden; er erschien sehr verschlossen. Vor wenigen Jahren schaffte er sich Bücher an, ohne dass er hievon besonderen Gebrauch machte, um sie bald darauf wieder um einen Spottpreis herzugeben. Hie und da schrieb er auch zu Hause und fanden sich unter seinen Papieren noch mehrere Schriften vor, deren eine auf Herstellung von künstlichem Leder, eine andere auf die Fabrication von Patronenhülsen aus Zink und Zinklegirung, ferner von „alaunhaltigem Schiesspulver ohne Knall", von Bernstein sich bezieht.

Entgegen seiner früheren Gewohnheit hat K. nach Aussage seiner Gattin in den letzten zwei Jahren auffallend dem Trunke sich ergeben; seither ist er rabiat, stösst allerlei Drohungen aus, er werde sechs Nägel einschlagen und alle aufhängen u. dgl. Auch in seiner Geldgebahrung wurde er immer leichtsinniger, was aus Versatzzetteln und Mahnbriefen deutlich hervorgeht.

Ueber die an ihn ergangene Vorladung erschien K. am 8. April behufs gerichtsärztlicher Vernehmung im Gerichtsgebäude. Er trägt eine gewisse Schwerfälligkeit in all seinen Aeusserungen zur Schau; langsam vortretend, geberdet er sich, als sei ihm seine ganze Situation unverständlich. Ueber Befragen erklärt er, er erinnere sich nicht, die Gerichtsärzte einmal schon gesehen zu haben und gibt nur die Möglichkeit einer Begegnung in einem Gasthause zu; dabei greift er nach dem Kopfe mit dem Bedeuten, er habe Kopfweh, oft acht Tage hindurch keine Stuhlentleerung; er fühle sich dann matt und müsse liegen; seit ungefähr 20 Jahren leide er an solchen Zuständen und habe desshalb wiederholt den Dr. B. zu Rathe gezogen.

Sein Alter beziffert er richtig mit 49 Jahren; die Frage nach seinem Geburtsjahr lässt er unerledigt; erst nach wiederholter Anregung erklärt er, er könne nicht rechnen und kommt endlich dazu, 1837 als wahrscheinliches Geburtsjahr hinzustellen; auch meint er, er habe den Taufschein nicht angeschaut.

Befragt um den Anlass seines heutigen Erscheinens erwähnt er, es sei ein Herr gestern bei ihm gewesen, der ihm gesagt habe, er solle nur heraufkommen; erst auf näheres Befragen nennt er den Namen seines Curators, von dessen Persönlichkeit und Beziehung zu seiner eigenen Person er nichts weiter anzugeben weiss, als dass er ihn schon zehn Jahre kenne, dass seine Mutter gestorben sei und dass er einmal ein Haus bekommen habe; „weiter weiss ich nichts; er hat mich halt geführt und gesagt, ich soll warten; dann ist er fortgegangen".

Sein um ½ Stunde verspätetes Erscheinen sucht er damit zu rechtfertigen, dass er zur rechten Stunde allerdings in einem anderen Gerichtsgebäude sich eingefunden und erst von dort hierher geschickt worden sei; er habe dies ja nicht zu Fleiss gethan; überhaupt habe er heute wegen Kopfschmerzen gar nicht hergehen

wollen; er glaube, dass man ihm gesagt habe, er solle ins Landesgericht gehen, auf das hin sei er halt hergegangen; sonst wisse er gar nichts. Von der Bedeutung dieses Hauses will er nicht die mindeste Kenntniss haben, ebensowenig von dem sein Delict deutlich erwähnenden Inhalte der an ihn gerichteten und in seiner Hand befindlichen Vorladung.

In verlegen ausweichendem Tone bemerkt er, er könne jetzt nichts Rechtes unternehmen, weil er zu Hause immer so ein Kreuz habe mit der Frau, die ihn immer wie ein Vieh behandle. Auf specielle Fragen gibt er an, er sei „vielleicht" 20 Jahre verheiratet, als Jahr seiner Verheiratung bezeichnet er — nach dem Kopf greifend — nacheinander die Zahlen 65, 66, 67 und fügt er als Entschuldigung für diese Ungenauigkeit hinzu — „mein Gott, es ist schon lange".

Die Namen seiner fünf Kinder bringt er nur nach langem Nachdenken vor; über deren Alter macht er unverlässliche Angaben und fügt entschuldigend hinzu, „die Kinder sind so klein; ich geh' in der Früh fort und schau' mich nicht um, weil ich nicht darf". Er dürfe, erzählt er weiter, gar nichts reden, er werde wie ein Vieh behandelt und mache man ihm Trunksucht zum Vorwurfe.

Er gibt zu, dass er mitunter über Einladung Anderer und auf deren Kosten getrunken habe, „verputzt habe er jetzt gewiss nichts". Als Beweis für sein solides Verhalten zeigt er mehrere Documente vor, darunter auch einen Brief, in welchem ein Militär ihn wegen Verletzung der Standesehre zum Duell herausfordert.

An seine früheren Stellungen will er sich nicht erinnern; auch den Namen seines ehemaligen Vorgesetzten, mit welchem er in argen Conflict gerathen war, gibt er vor, nicht zu wissen, dagegen theilt er mit, dass derselbe ihn täglich Ochs, Esel und Rindvieh genannt habe. An das damalige Attentat gegen ihn könne er sich nicht so genau erinnern, obwohl er gerade kein so schlechtes Gedächtniss habe; es sei aber schon lange, sechs bis acht Jahre her; nach langem Nachsinnen gibt er an, er habe einen Leuchter oder einen Herrgott, oder sonst etwas, was beim Tische gestanden, gegen ihn geworfen.

Auch der Folgen seiner damaligen Handlungsweise will er sich nicht entsinnen; nach langem Nachdenken gibt er zu, es sei schon möglich, dass er eingesperrt worden; er habe halt einen Kravall gehabt und sei fort; über die Mittheilung, dass er eine Wasserflasche entgegengeworfen, drückt er lächelnd seine Verwunderung aus mit den Worten: „Na das ist gut" und setzt dann hinzu, er kümmere sich um gar nichts auf der Welt; seine Frau schaue nur immer, dass er wegkomme und schaffe ihn immer hinaus.

Dass er irgendwo als Diurnist bedienstet gewesen, daran könne er sich nicht erinnern; man müsse darüber seine Frau fragen; was er nicht wisse, könne er nicht sagen.

Auf ein von ihm vorgelegtes Zeugniss über seine Dienstleistung als Diurnist aufmerksam gemacht, erklärt er, er könne das nicht lesen; das sei so saudumm als nur was, das sei ja gar nichts, das habe ein Tischlergesell' gemacht, das Zeugniss sei nicht gut; von wem dasselbe gefertigt sei, wisse er nicht. Befragt, warum er aus seiner letzten Stellung entlassen worden, bemerkt er lächelnd, das sei eine spassige Geschichte; er sei auf seinem Sessel gesessen und habe sich um gar nichts gekümmert; von den Sachen, welche er übernommen, habe ihm nie etwas gefehlt; auf das, was er gearbeitet, sei er nie gut behandelt worden. Auf die erneuerte Frage, warum er nicht mehr in dienstlicher Verwendung, meint er: „Ja, das ist eine schwere Sache"; er selbst habe nur angegeben, was wirklich wahr sei; warum man ihn mir nichts dir nichts weggegeben, wisse er nicht.

Auch auf die Frage, ob er davon Kenntniss habe, dass er unter Curatel stehe, verantwortet er sich in ganz ähnlicher Weise, indem er vorgibt, nur so vom Hörensagen etwas davon zu wissen; wie das eigentlich zugegangen, sei ihm unbekannt; er habe sich darum nicht gekümmert und sei immer seiner Wege gegangen. Er verstehe nicht, was man von ihm eigentlich wolle; er habe mit Niemandem Etwas zu thun gehabt.

Bezüglich der ihn belastenden Momente wiederholt er immer wieder, er könne sich an gar nichts erinnern, er wisse von gar nichts; allerdings könne man Einem auch Etwas aufdisputiren.

Betreffs seiner Beschäftigung seit seiner Entlassung aus seinem Dienste theilt er mit, er habe sich müssen doch um Etwas umschauen; ein Bekannter sei ihm an die Hand gegangen und habe ihm Arbeit verschafft; er sei zumeist mit Abschreiben beschäftigt; es gehe ihm mit schwierigeren Arbeiten nicht mehr recht zusammen; 20 Jahr lang habe man ihn wie eine Limonie ausgedrückt, so dass er nunmehr weder Kraft nach Saft habe.

Auch bei den wiederholten späteren Vernehmungen legt er andauernd den grössten Gleichmuth an den Tag; in seiner Verantwortung bleibt er bei seiner Methode, Erinnerungsmangel vorzuschützen; er geht bei eingehender Prüfung so weit, das er nach der Bezeichnung für ganz geläufige Dinge lange Zeit nachsinnt, beispielsweise ein Streusandfass schlechtweg als „Topf" bezeichnet, dass er die Namen der Orte, an denen er viel beschäftigt war, nicht mehr wissen will. An seine verschiedenen Projecte erinnert, erklärt er, er habe allerdings im Jahre 1879. einen Brief an den Kaiser von Russland geschrieben wegen Verbesserung von Schiesspulver; doch habe er zu Hause so viel zusammengeschrieben, dass er an die Einzelnheiten nicht so genau sich erinnern könne. Auch an Baron S. habe er sich in ähnlicher Sache vor mehreren Monaten brieflich gewendet, ohne indess eine Antwort erhalten zu haben.

Wiederholt klagt er über ein Gefühl von Schwäche im ganzen Kopf, er habe oft solches Kopfweh, dass er nicht wisse, wohin er

schauen solle; ob er schlafe oder nicht, daran denke er nicht, das sei ihm Alles Eins; er denke überhaupt auf gar nichts.

Die Sinn- und Zwecklosigkeit seiner Entstellungen und Uebertreibungen wird ihm wiederholt vorgehalten, ohne dass dies den mindesten Eindruck auf ihn üben würde; seine Gesichtszüge bleiben zumeist unverändert starr. Auch die Erinnerung an das Schicksal seiner Familie, seiner kleinen Kinder hört er gleichgiltig an und verräth er keinerlei Gemüthsbewegung.

Der einzige Affect tritt an ihm hervor, wenn sein Delict berührt wird; dabei wird er congestionirt, fängt an, die Anderen Spitzbuben uud Lumpen zu schimpfen, die Alles auf ihn schieben wollen. Die körperliche Untersuchung ergab: Schädel gross, mit deutlicher Hinterhauptstufe als Hinweis auf hydrocephalische Schädelbildung. Oberhalb des linken Auges eine Hautnarbe. Das Gesicht wechselnd congestionirt und blass. Die Pupillen oft ad maximum erweitert, sehr labil, zeitweise in ihrer Weite different, und zwar die rechte weiter als die linke. An der Hornhaut beider Augen sogenannte Greisenbögen (Gerontoxon). Die Gesichtszüge schlaff, der linke Gesichtsnerv schwächer innervirt. Zunge und Hände stark zitternd. Gang nicht auffallend gestört, stärkere Schwankungen bei raschen Körperbewegungen. Das Kniephänomen erheblich gesteigert, reflectorische Zuckungen im Oberschenkel bei rascher Dorsalflexion des Fusses. Empfindlichkeit gegen Beklopfen der linken Scheitelgegend. Druckempfindlichkeit in der Gegend der Lendenwirbelsäule. Mechanische Hautreize hinterlassen länger dauernde hyperämische Stellen. An der glans penis eine von syphilitischer Affection herrührende Narbe, desgleichen eine Bubonarbe in der rechten Leistenbeuge.

Nach diesem Befunde musste K. als ein Individuum bezeichnet werden, welches schon seit einer Reihe von Jahren Abweichungen bemerkenswerther Art in seinem psychischen Verhalten dargeboten. K. galt seit Langem als ein excentrischer Mensch, an welchem in periodischer Aufeinanderfolge Aufregungszustände beobachtet wurden, in denen er geradezu gefürchtet war; er verrieth vor Jahren in deutlichen Zügen masslose Selbstüberhebung, die in ihrer Nichtbefriedigung zu unverkennbaren Verfolgungsideen führte — wie dies nicht nur aus den bezüglichen Zeugenaussagen, sondern in geradezu charakteristischer Art aus den schriftlichen Aufzeichnungen des K. zu entnehmen ist.

Auch die über das spätere Verhalten desselben vorliegenden Mittheilungen, auf Grund deren das Curatelverfahren gegen K. eingeleitet wurde, im Zusammenhang damit der ärztliche Befund, sowie die nachträglichen, während der strafgerichtlichen Ver-

folgung des K. eruirten positiven Daten konnten in ihrer Gesammtheit keinen Zweifel übrig lassen, dass die psychische Individualität des K. keineswegs intact war und drängten alle Anzeichen zur Annahme, dass hier ein Bild psychischer Degeneration vorlag, hervorgegangen aus abnormer Charakteranlage durch hereditäre Einflüsse, unterhalten und gefördert durch chronische Alkoholintoxikation.

Demgegenüber war nicht zu verkennen, dass K. — wie er es seinerzeit in vertraulicher Mittheilung seinen Collegen angekündigt — bei seiner Verwicklung mit dem Strafgesetz in der That hochgradigen Blödsinn und Gedächtnissverlust vortäuschte, was natürlich leicht und sofort zu erkennen war.

Entsprach der habituelle Zustand des K. in der oben angeführten Bezeichnung dem gesetzlichen Begriffe des Blödsinns in allerdings nur milderem Grade und war das Gesammtbild ausreichend, die Dispositionsfähigkeit des K. als aufgehoben zu erklären, so musste andererseits zur Beurtheilung der Frage der mit jener durchaus nicht identischen Zurechnungsfähigkeit in Betracht gezogen werden, dass das Delict selbst nach Art und Ziel nichts Krankhaftes darbot, dass K. allerdings im Stande war, die Rechtswidrigkeit seiner That einzusehen, dass aber die Fähigkeit seines Vernunftgebrauches zur Unterlassung der incriminirten Handlung — wenn auch nicht absolut aufgehoben, doch zum mindesten herabgemindert war.

Es wurde gegen K. die Anklage erhoben und wurde er unter Geltendmachung mildernder Umstände zu mehrmonatlicher Haft verurtheilt. Im Verhandlungstermine hatte K. seine Methode, Gedächtnissverlust vorzutäuschen, vollständig aufgegeben.

Nach mehr als Jahresfrist wurde K. einer gerichtsärztlichen Untersuchung zum Zwecke der Aufhebung der Curatel unterzogen. Seine ganze Verantwortung trug den Stempel des Schwachsinns an sich, in seinem Wesen herrschte Gemüthsstumpfheit vor; es bestanden daneben Innervationsstörungen im Gesichte, starker Tremor der Zunge; die früher sehr gesteigerten Sehnenreflexe waren erloschen.

Die Aufhebung der Curatel konnte nach diesem Befunde ärztlicherseits nicht angerathen werden.

IX. Im August 1882 wurde der 41jährige Theateragent L. wegen Mitschuld am Betrug zu siebenmonatlichen Kerker ver-

urtheilt. L. hatte in Gemeinschaft mit einem Bekannten mehrere mit Kuppelei beschäftigte Frauenspersonen unter der Vorspiegelung einer einflussreichen Stellung des Letzteren zur Herausgabe eines Schweiggeldes im Betrage von 5 fl. bestimmt.

Nach der Verurtheilung wurde von seinem Vertheidiger die Wiederaufnahme des Strafverfahrens angesucht — mit dem besonderen Hinweise, dass L. vor fünf Jahren durch mehrere Monate wegen eines Gehirnleidens in ärztlicher Behandlung stand und Symptome dieses Leidens auch dermalen ärztlicherseits als noch vorhanden constatirt wurden.

In den Acten findet sich nur kurz bemerkt, dass L. bei seinen Vernehmungen stottert und dem Anscheine nach eine verminderte Auffassungskraft an den Tag legt; ferner konnte an L. bei der ärztlichen Beschau linksseitige Facialisparese, Tremor der Zunge und Hände constatirt werden.

Die unbefangene Beobachtung ergab in der That das Vorhandensein eines mässigen geistigen Schwächezustandes als zweifellosen Rest eines aller Wahrscheinlichkeit nach vor Jahren erlittenen apoplectischen Insultes. Andererseits trat in augenfälliger Weise während der ärztlichen Expertise das Streben des Inculpaten hervor, sein Leiden durch allerlei Uebertreibungen als ein recht schweres erscheinen zu lassen; er täuschte enorme Gedächtnissschwäche vor, derzufolge er die einfachsten und eingelerntesten Gedankenverbindungen nicht mehr wiedergeben zu können vorgibt; was immer ihm im Untersuchungsverfahren als irgend belangreich unterkommt, behandelt er mit groben Entstellungen, deren Absichtlichkeit ohne weiters in die Augen springt. Dabei fingirt er ein hochgradiges Stotterübel, verzerrt in unverkennbarer Tendenz seine Schriftzüge, forcirt seinen Tremor, simulirt bei der Untersuchung Gangstörung, von der ausserhalb der Beobachtungstermine an ihm absolut nichts bemerkt wird. Er klagte in auffallender, ostentativer Weise über Schmerzen und anderweitige Gefühle im Kopf, hebt stets wieder hervor, dass er an Gehirnerweichung, an Gehirnlähmung leide, dass es ein schweres Unrecht sei. einen kranken Menschen zu so schwerer Strafe zu verurtheilen, dass er schon seit Jugend mit dem Kopf solche Sachen habe, weil er der Masturbation stark ergeben war. Im Laufe des Explorationsverfahrens gibt er auf entsprechende Belehrung hin die Absichtlichkeit dieser Uebertrei-

bungen zu und entschliesst er sich, hievon vollständig Umgang zu nehmen.

Seine Strafe wurde abgekürzt. Nach Ablauf von mehreren Jahren kam er zweimal in exquisit maniakalischer Erregung in die Irrenanstalt, wurde gebessert entlassen; vor Kurzem endete er durch Selbstmord.

X. Franz P., 28 Jahre alt, ledig, gewesener Müllergehilfe, ist, wie aus den Acten hervorgeht, ein wegen Diebstahls bereits wiederholt abgestraftes Individuum; er wurde im Jahre 1878 zu 3wöchentlicher, 1879 zu 6monatlicher, 1882 zu 1wöchentlicher, 1885 zu 15monatlicher Haft verurtheilt. Beim Militär erscheint er gleichfalls mehrfach abgestraft, und zwar viermal wegen Uebertretung der Dienstvorschriften mit 1- bis 7tägiger Arreststrafe in den Jahren 1875, 1879, 1884 und 1885.

Im Juli 1887 wurde P. als des Verbrechens des Diebstahls zum Nachtheile mehrerer Mühlenbesitzer dringend verdächtig steckbrieflich verfolgt. — Am 14. December 1887 wurde er wegen bedenklichen Verkaufes von drei Teppichen angehalten; er gab an, Josef Perner zu heissen; in Haft genommen gab er am 18. December seinen Namen richtig an, gestand, in Gemeinschaft mit einem gewissen G. und T. 12 bis 14 Teppiche und andere Effecten zum Nachtheile des Kaufmannes K., ferner der bei diesem bediensteten Köchin aus dem Sparkassebuch 35 fl. gestohlen zu haben. Weiters gab er an, von Wien abgeschafft gewesen zu sein und jetzt unter dem Namen Scheberl polizeilich sich gemeldet zu haben. — Bei seiner Vernehmung im Landesgerichte am 20. December legte er gleichfalls ein Geständniss seines Diebstahles ab; nach seinen eigenen Mittheilungen war er am 28. März 1887 aus der Strafhaft entlassen, begab sich dann in seine Heimat, kam mehrere Wochen später über Wien nach Pressburg, um daselbst Arbeit zu suchen, kehrte erfolglos nach Wien zurück, von da wieder in seine Heimat, um im Herbst 1887 neuerlich nach Wien zu kommen; von da an hat er sieben Wochen im städtischen Lagerhaus gearbeitet und schliesslich durch Vermittlung des obgenannten G. eine Aushilfsdienerstelle erlangt, die er indessen nur acht Tage innehatte, da inzwischen seine neuerliche Verhaftung erfolgte. Mehrfache Actenstellen weisen darauf hin, dass P. in den letzten Jahren unter fremden Namen wiederholt aufgetreten und Diebstähle verübt hat, wegen deren er steckbrieflich verfolgt wurde.

Ueber seine Gesundheitsverhältnisse finden sich in den Acten nur ganz vereinzelte Bemerkungen; er soll beim Militär „beinahe forwährend krank" gewesen sein, und zwar, wie nachträglich erhoben wurde, wegen Tripper in Behandlung gestanden sein.

Am 31. December v. J. wurde P. ins Inquisitenspital aufgenommen, da er zwei Tage vorher in selbstmörderischer Absicht mehrere oberflächliche Schnittwunden in den Ellbogenbeugen sowie

am Halse sich beigebracht, ausserdem einen Erhängungsversuch gemacht hatte. In anscheinend gleicher Absicht hatte er am 30. December am Abort ein Quantum der daselbst zu Desinfectionszwecken befindlichen Eisenvitriollösung getrunken. — Am 1. Jänuer l. J. wurde er — nachdem er die Nacht vorher augenscheinlich durch Hallucinationen aufgeregt war — tobsüchtig; ein gleicher Tobsuchtsanfall mit Gesichtshallucinationen stellte sich auch am 16. Jänner ein. Unmittelbar darnach ärztlich untersucht, lag er noch zu Bette, zeigte ein mürrisches Wesen; er erklärt sich für unschuldig; er will an die vorausgegangene Tobsucht durchaus sich nicht erinnern und nicht begreifen, warum man ihn in die Zwangsjacke gesteckt, nachdem er doch hier zur Waffenübung eingerückt sei; gelegentlich schimpft er über einen Kerl, der beim Fenster hereinschaue; er macht im Ganzen den Eindruck eines verworrenen, seiner Lage sich nicht klar bewussten Menschen.

Am 24. Januar wurde P. einer eingehenden Untersuchung unterzogen; dabei behauptet er, er befinde sich erst vier Tage hier im „Bezirkslandesgericht", er sei nämlich zuletzt über ein Jahr bei Baron S. Leibjäger gewesen, doch weiss er dessen Adresse nicht anzugeben und beschränkt er sich auf die Angabe, er wohne „in der Stadt".

Um die Ursache seines dermaligen Aufenthaltes befragt, erklärt er, „Sachen haben wir dort weggenommen, der Kammerdiener G., ich und noch ein Dritter". Bezüglich der gestohlenen Objecte spricht er sich nur ganz allgemein dahin aus, es sei „Verschiedenes" weggenommen worden, Gegenstände im Gesammtwerthe von 16- bis 1700 Gulden, und zwar über Anstiften des G. Auf neuerliches Befragen erwähnt er noch, es sei „eine Masse Sachen, Teppiche, dann Pretiosen, Silbersachen" fortgetragen worden; auf ihn sei ein Antheil von 500 Gulden entfallen. An den Hergang seiner Verhaftung will er sich durchaus nicht erinnern und bemerkt nur, er sei auf einmal abgeholt worden. Den Zeitpunkt dieser Affaire verlegt er in den December; wie er von seinen Zellengenossen erfahren habe, befinde er sich nun bereits einen Monat lang hier.

Seinen Gesundheitszustand bezeichnet er als ganz zufriedenstellend, nur klagt er, dass er, wie draussen, so auch hier nicht recht schlafen könne; es sei ihm heute Nacht allerhand vorgekommen: „Feuersachen", und zwar auf der linken Seite, am linken Auge; ein feuriger Mann sei ihm erschienen; die Frage, ob derselbe mit ihm gesprochen, bejaht er mit dem Bemerken, es sei ihm verboten, das Gespräch zu verrathen, nur einem gewissen Menschen, dem Herrn Pfarrer, könne er davon Mittheilung machen. Auch im letzten Sommer habe er diesen Mann öfter schon gesehen, mitunter fünf bis sechs Nächte nacheinander, so dass er sich nicht mehr niederzulegen getraute; auch jetzt habe er diese Gestalt durch vier Tage gesehen.

In näherer Schilderung dieser Gestalt führt er aus, dieselbe sei ein kleines Männchen mit rothem Bart, weissem Haar und einem

Messer in der Hand; er will dieses Männchen zum ersten Male vor zwei Jahren in einem Walde seiner Heimat gesehen haben, dort sei es ihm nachgeeilt und er sei aus Furcht vor dem Messer, welches es in der Hand hielt, entflohen; seither habe er es dann öfter wiedergesehen, und da er zu Hause keine Ruhe davor hatte, sei er fort; indess sei „das Mistvieh" bereits auf der Reise ihm nachgekommen; später habe es ihn wohl öfter mit kürzeren oder längeren Unterbrechungen bis zu zwei Monaten ausgelassen; bei seinem Erscheinen sei er immer fortgerannt; — bei einer solchen Gelegenheit hätten ihn einmal die Wachleute aufgehalten, aber gleich wieder ausgelassen; ein andermal habe er im Prater sich entkleiden und dem Männchen seinen Anzug geben müssen; er sei dann die ganze Nacht nur mit der Hose angekleidet herumgeirrt und habe am nächsten Morgen ein Landsmann ihm die nöthige Kleidung zur Verfügung gestellt.

Von früheren Abstrafungen gesteht er nur die eine zu, die er in Garsten verbüsst, eine 18- (richtig 15-) monatliche Kerkerstrafe, und zwar auch wegen Diebstahls, indem er dem Baron S. „eine Masse Sachen" weggenommen habe; die Strafzeit verlegt er in die Jahre 1885 und 1886; seither will er als Leibjäger wieder bei Baron S. gedient haben.

Ueber ärztliche Requisition langte aus der Strafanstalt ein Parere über P. ein, wornach derselbe dort an Tripper und Verengerung der Harnröhre litt, in seinem Benehmen und seiner Redeweise eine stete psychische Aufregung bekundete; „wenn er allein in einer Arrestzelle war, behauptete er, fremde Gestalten am Arrestfenster zu sehen und war er bemüht, das Fenster zu verhängen; zum Ausbruch einer vollendeten Geistesstörung sei es in der Strafanstalt noch nicht gekommen".

Im Nachhange hierzu wurde mitgetheilt, dass diese geistige Störung des P. den Verdacht der Simulation nicht erregte; P. genoss wegen seiner Harnbeschwerden alle möglichen Erleichterungen in der Arbeit, und weil ihm der Aufenthalt in der Gemeinschaft durch Stichreden von Seite seiner Kameraden über sein körperliches Leiden verbittert wurde, verlangte er selbst die Anhaltung in einer separaten Zelle; seine Hallucinationen sind nur in der letzten Zeit seiner 4 bis 5 Monate dauernden Absonderung aufgetreten und hatten nichts Periodisches an sich; nach seiner Rückversetzung in die Gemeinschaft verschwanden sie und benahm sich P. während der letzten Zeit ganz normal, gehorchte ohne Widerrede den an ihn ergangenen Befehlen und leistete seine Arbeit in der entsprechenden Weise. — Nur sein ernstes Wesen, seine Schweigsamkeit und sein stierer Blick liessen an die Möglichkeit einer hereinbrechenden geistigen Störung denken; öfters litt P. an Kopfschmerzen, die jedesmal durch Bromkali gemildert wurden.

Am 31. Jänner wurde P. neuerlich vernommen; um sein Alter befragt, entgegnet er nach einigem Besinnen: „halt wie früher 28".

Sein Geburtsjahr will er nicht kennen, als jetzige Jahreszahl nennt er 1877; er will die Schule besucht, lesen, schreiben und rechnen gelernt haben: 3×4 berechnet er $= 6$, $2 \times 4 = 7$, $5 \times 8 = 9$; unsern Kaiser nennt er Franz Rudolf, die Kaiserin Louise. — Er will die Schule bis zum 18. Jahr besucht haben, dann gleich Jäger geworden sein; an das Müllerhandwerk erinnert, bemerkt er, er hätte bald darauf vergessen; doch will er nicht wissen, wo er dies Gewerbe erlernt und beschränkt er sich auf die Angabe „eine grosse Mühle war's." In den Jahren 1883 bis 1885 habe er bei den Dragonern als Führer gedient; bezüglich etwaiger Strafen beim Militär meint er, er könne das natürlich nicht mehr bestimmen, beim Militär habe Jeder Strafen. Von seinen sonstigen zahlreichen Abstrafungen gibt er nur die eine wegen Diebstahls zu, die er in G. durch 18monatlliche Haft verbüsst habe; andere Delicte stellt er in Abrede.

Seit seiner Enthaftung will er als Leibjäger von Baron S. bedienstet gewesen sein, vermag jedoch seine Behauptung auch nicht annähernd glaubwürdig zu machen. Seine gegenwärtige Haft motivirt er in Uebereinstimmung mit seinem Geständnisse. Nach wie vor schätzt er die Dauer seines Aufenthaltes hier auf erst wenige Tage, während, wie er selbst sagt, die Anderen immer von einem Monat sprechen.

Die in den Ellbogenbeugen vorfindlichen frischen Hautnarben sucht er damit zu erklären, dass er unglücklicher Weise von einer Katze gekratzt worden sei; die Zumuthung der Selbstverletzung weist er ungehalten zurück. Seine Erregung steigert sich, sobald das Gespräch auf die ihn verfolgende Gestalt gelenkt wird; er bemerkt in gereiztem Tone, dass ihn in G. „dieser Hundling" die ganze Nacht sekirt habe; es treten ihm dabei Thränen in die Augen und wird zur Hintanhaltung stärkerer Erregung das Gespräch mit ihm abgebrochen.

Gelegentlich einer Vernehmung am 8. Februar verantwortete er sich betreffs jenes Delictes genau nach der früheren Form; er beharrt auch dabei, Leibjäger des Baron S. mit 80 fl. Monatsgehalt gewesen zu sein; er wünscht seine baldige Einlieferung nach G., wo der Director ihn sehr gerne habe und auf die Jagd mitzunehmen pflege.

Die Frage, ob er lesen und schreiben könne, verneint er; die Zahl der Monate beziffert er mit 6, die der Wochentage mit 3; $4 + 5$ berechnet er $= 6$, $3 \times 4 = 5$, $2 \times 4 = 3$, $1 \times 4 = 1$, $2 \times 4 = 2$.

Der Krankenwärter K. gab bei seiner Einvernehmung am 10. Februar an, P. habe anfänglich ganz gescheit gesprochen und Alles, war er gethan, erzählt; er habe stets als Leibjäger bei Baron S. sich ausgegeben, u. A. auch mitgetheilt, dass er aus Desperation über seine Arretirung vom ersten Stock herabgesprungen sei. Auch gab er an, er habe seinerzeit in der Strafanstalt G. Alles zusammen-

geschlagen, sei auf den Glasscherben herumgetreten, so dass er sich die Füsse verletzte; dort sei er denn auch, so oft „es ihm in den Kopf gegangen" sei, in die Falottenzelle gebracht worden. Ueber sein Verhalten in der hiesigen Untersuchungshaft berichtet R., P. sei nach dem Selbstmordversuche wiederholt tobsüchtig geworden, habe dabei jedesmal phantasirt, dass man ihn umbringen wolle. Nach den Anfällen vermochte er nie an das Vorgefallene sich zu erinnern, er stellte in Abrede, irgend Etwas gethan zu haben, und bemerkt nur, er könne sich nicht helfen, wenn es ihm in den Kopf steige. Während der Aufregungszustände bemerkte R. eine auffallende Blässe an ihm.

P. — mit dem genannten Wärter confrontirt — will denselben nicht kennen, er leugnet lächelnd seine Selbstmordversuche, beschwert sich, dass man ihn hier, wie in G., keine Ruhe lasse, Alles zu Fleiss thue und ihn sogar in den „spanischen Janker" stecke; er erwähnt auch, dass man in G. Leute umgebracht, dass er dort schiessen gehört habe.

Bezüglich des Verhaltens des P. vor seiner Verhaftung wurde der Complice desselben, Leopold G., vernommen; dieser kennt den P. seit November vorigen Jahres; P. stellte sich ihm in einem Kaffeehause als ein gebürtiger Grazer vor, der als Jäger bedienstet gewesen, wegen eines Streites mit dem Oberförster aber entlassen worden sei; er bot ihm einen auf einen schwarzen Anzug lautenden Versatzzettel zum Kaufe an; einige Tage später kam P. zu ihm ins Geschäft, dort machte er die Bekanntschaft der Köchin S., der gegenüber er unter Vorweisung von Documenten vorgab, einen Posten als Jäger erlangt zu haben; dabei klagte er, dass ihm im Thierspital ein Jagdhund zu Grunde gegangen sei, und liess sich unter diesem Vorwande von der Köchin Geld zum Ankaufe eines Jagdhundes geben. All' seine Angaben habe P. in glaubwürdigem Tone vorgebracht; ausser einem gewissen Jähzorn, der besonders hervortrat, wenn er die Köchin mit einem Anderen im Gespräche fand, soll P. nichts Besonderes in seinem Verhalten dargeboten haben.

P., zunächst vorgeführt, ohne des G. gewahr zu werden, äussert sich ähnlich, wie bei früheren Vernehmungen; er will nicht wissen, wie viel Tage die Woche, wie viel Monate das Jahr hat; vorgezeigte Gegenstände benennt er ganz widersinnig, so eine Streusandbüchse eine Cassa, in der Geld sei, eine Schreibfeder nennt er Bleistift, ein Tintenfass Glas u. dgl. — Gleich darauf mit G. confrontirt, geräth er sofort in heftigen Zornaffect und kann nur mit Gewalt zurückgehalten werden, auf G., den er Räuber und Dieb schimpft, loszustürzen.

Auch die Köchin S., welche am 17. Februar über ihre Wahrnehmungen an P. befragt wurde, hat an ihm nichts Auffallendes bemerkt. ausser, dass er wiederholt bestimmte Aufträge, die sie ihm beim Serviren gab, gleich darauf nicht mehr wusste und nach-

träglich überhaupt leugnete, jene Aufträge erhalten zu haben. Sonst immer gut aufgelegt, erschien er nur einmal traurig, sprach nichts und klagte über Kopfschmerz.

Am 2. März wurde P. einem neuerlichen Examen unterzogen; er erinnert sich an seine letzte Begegnung mit G., wobei er sich über denselben geärgert habe, weil er durch ihn zum Diebstahl verleitet worden sei; ihm vorgezeigte Gegenstände benennt er wieder ganz richtig, beziffert die Zahl der Wochentage richtig, lässt nur bei der Aufzählung den Mittwoch ausfallen; auch die Zahl der Monate, sowie ihre Reihenfolge gibt er richtig wieder. Kleine Rechnungen löst er anscheinend unter Zuhilfenahme der Finger, doch richtig. Ueber die Zumuthung der Unkenntniss so einfacher Dinge zeigt er sich ungehalten. Von der verfolgenden Gestalt will er seither nichts mehr gesehen haben und wünscht er baldigen Strafvollzug, damit er als Diener zum Director nach G. komme.

Ganz ähnlich äussert er sich auch bei einer Untersuchung am 9. März; nachdem er plötzlich ein am Tische stehendes blaues Tropfenfläschchen erfasst hatte und zur Rückstellung desselben verhalten war — was er mit anscheinendem Widerstreben that — wird er aufgefordert, seinen Namen zu schreiben; er bringt nur mühsam und unleserlich seinen Taufnamen zu Papier, wird dabei weinerlich, bricht in Thränen aus, zeigt bedeutende Erregtheit durch mimische Zuckungen im Gesicht und wendet sich plötzlich gegen einen der Aerzte mit drohender Geberde und mit den Worten „das ist der, der hat g'sagt, der will mir den Kopf abschneiden". Es gelingt nicht, ihn zu beruhigen; nach kurzer Pause versucht er in wachsender Erregung einen directen Angriff auf denselben Arzt, wird gegen die anwesenden Wartepersonen aggressiv, schlägt und beisst um sich und wird in einem Grade tobsüchtig, dass er nur mühsam gebändigt werden kann. Dabei verräth er hochgradigste Angst, sein Blick ist starr nach einem Punkt gerichtet und steht er augenscheinlich unter dem Einflusse beängstigender Gesichtshallucinationen; er schreit laut: „da ist der Räuber", geberdet sich wie wüthend, brüllt so laut er nur kann, versucht zu schnappen, schlägt mit dem Kopfe auf den Boden, auf Anrufen, auf äussere Reize überhaupt reagirt er nicht, die Pupillen sind weit, nahezu reactionslos, Reflexe durch Kitzeln der Nasenschleimhaut, der Fusssohlen kommen nicht zu Stande, auch äussert er keinerlei Empfindung auf schmerzhafte Eindrücke, allmählich beruhigt wird er zu Bette gebracht, verbringt die Nacht zum Theile schlaflos. Am folgenden Tag scheint er noch hochgradig benommen, spricht spontan kein Wort, scheint auch Gesprochenes nicht zu verstehen, deutet an, dass er starkes Ohrensausen habe. Die Reflexe haben sich wieder prompt eingestellt und entwickelte P. während dieser Tage einen wahren Heisshunger, in welchem er die ihm gereichten Speisen gierig verschlang. Seither befindet er sich wieder im gewöhnlichen Zustande und will er von der vorangegangenen Aufregung durchaus nichts wissen.

Bei der körperlichen Untersuchung erwies sich P. als ein Individuum von kräftigem Körperbau, gesundem Aussehen: er bietet keine auffallenden Innervationsstörungen: es wurde ab und zu eine leicht linkseitige Facialisparese, während der Tobsucht vom 9. März eine deutliche rechtseitige Facialisparese constatirt. Am rechten Oberarme findet sich eine ausgedehnte Narbe, anscheinend von einer Brandwunde, nach Aussage des P. von einem Schuss herrührend.

Gutachten. Ueber das Vorleben des P. liegen in den umfangreichen Acten keine Daten vor, welche auf eine etwa in früheren Jahren schon bestandene geistige Störung desselben hinweisen würden. P. erscheint nach den Acten lediglich als ein zu Eigenthumsdelicten geneigtes, wegen Diebstahl schon häufig abgestraftes Individuum, das auch wiederholt unter falschen Namen auftrat, offenbar in der Absicht, der strafgerichtlichen Verfolgung sich zu entziehen, auch bei seiner letzten Arretirung nahm er anfänglich einen falschen Namen an, theilte aber bald darauf seinen Namen mit und legte ein vollinhaltliches Geständniss seiner That ab. Schon wenige Tage nach seiner Inhaftnahme machte er mehrfache Selbstmordversuche, er wiederholte einen solchen elf Tage später und erregte hiedurch, insbesondere aber durch die an den letzten Versuch geknüpfte und zwei Wochen später sich wiederholende Tobsucht den Verdacht, dass er geistesgestört sei, zumal die Tobsucht äusserlich nicht motivirt erschien und augenscheinlich mit beängstigenden Gesichtshallucinationen zusammenhing. Dieser Verdacht erschien um so begründeter, als P. im Anschluss an die letzterwähnte Tobsucht einige Zeit aufallend verändert, moros, dabei in seinen Angaben verworren erschien und von seiner Aufregung nichts zu wissen versicherte.

Gegenüber diesen Erscheinungen, welche an sich durchaus nichts Unechtes darboten und ganz wohl als Symptome geistiger Erkrankung angesprochen werden konnten, hat nun P. späterhin in seiner Verantwortung Mancherlei vorgebracht, was ohne weiters auf absichtliche Uebertreibung hinzuweisen geeignet war und den Verdacht der Simulation nahelegen musste. Es ist diesbezüglich zu verweisen auf die lügenhaften, dabei defecten und wiederspruchsvollen Angaben des P. über seine letzte Beschäftigung, auf seine mit dem anderweitigen psychischen Verhalten schwer in Einklang zu bringende Desorientirung, in der er über die geläufigsten Dinge nicht mehr entsprechenden Bescheid wollte geben können, insbesondere ferner auf die Details seiner am 31. Jänner und 8. Februar gepflogenen Vernehmung, woraus die Tendenz der Uebertreibung, das Streben recht blödsinnig erscheinen zu wollen, ganz deutlich zu entnehmen ist. Gegenüber diesem anscheinend höchstgradigen Blödsinn, der klinisch durch nichts begründet erschien, vermochte P. andererseits in auffallendem Widerspruche damit über andere, dem Gedächtnisse sonst viel leichter entschwindende Einzelnheiten genügende Auskunft zu geben und musste auch dieser

Mangel an Uebereinstimmung auf Simulationsbestrebungen bezogen werden. Diese Absichtlichkeit war übrigens auch in einer gewissen vorsichtig erwägenden Art, in der P. seine Antworten ertheilte, deutlich bemerkbar und fanden sich ganz zutreffende Belege hiefür, insbesondere in seinen Aeusserungen vom 10. Februar. Nichtsdestoweniger musste dem Eindrucke des anfänglichen Verhaltens des P. gegenüber Anlass genommen werden, über dessen psychisches Verhalten während seiner letzten 15monatlichen Haft in der Strafanstalt G. Erkundigung einzuziehen, die nun in der That ergab, dass P. daselbst eine stete Aufregung zeigte, verbittert über Neckereien seiner Umgebung selbst die Isolirung verlangte und dass er in der Einzelnhaft deutlich hallucinirte, fremde Gestalten beim Fenster sah, das Fenster zu verhängen suchte; diese Störung war nach dem Inhalte des ärztlichen Parere eine längere Zeit hindurch anhaltende, hat sich nach Aufhebung seiner Einzelnhaft anscheinend verloren. Doch wird ausdrücklich hervorgehoben, dass P. bis zu seiner Entlassung ernst und schweigsam war, einen stieren Blick zeigte, oft über Kofschmerzen klagte, und dass endlich der Verdacht einer etwaigen Simulation jener Erscheinungen durchaus auszuschliessen war.

In der That entspricht diese vorliegende Schilderung geradezu jenen Formen geistiger Erkrankung, wie sie unter dem Einflusse der Einzelnhaft bei irgend Veranlagten keineswegs selten zur Beobachtung kommen. Die Gemüthsaufregung des P. muss zweifellos einen erheblichen Grad erreicht haben, dass er sich veranlasst sah, freiwillig die Isolirung anzustreben; es fehlen genügende Anhaltspunkte, um nachzuweisen, inwieweit auf jene Gemüthsaufregung selbst schon krankhafte Momente etwa Einfluss geübt haben; immerhin muss sie als ein veranlagendes Moment für die nachmalige Geistesstörung angesehen werden. Die innerhalb dieser aufgetretenen Gesichts-Hallucinationen, die damit verbundene Angst haben in ihm zweifellos zu einem Verfolgungswahn geführt und lässt wohl das weitere Verhalten des P. bis zum Abschluss seiner Haft sein fortdauerndes Befangensein durch krankhafte Einflüsse erkennen.

Mehrfache Andeutungen des P. über die Vorgänge in G. stimmen mit dem oben Angeführten nur überein und kann hieraus nur gefolgert werden, dass P. auch dermalen noch von Verstandesirrthümern, respective Wahnvorstellungen aus jener Krankheitsperiode nicht frei ist.

Weiters wird durch mehrfache Zeugenaussagen das „jähzornige" Temperament des P. hervorgehoben; aber auch während der Untersuchung war seine krankhafte Erregbarkeit zu constatiren. Abgesehen davon, dass er gelegentlich bei Erwähnung seiner Hallucinationen weinerlich und aufgeregt wurde in einer Weise, dass dabei an die Möglichkeit einer Simulation nicht wohl gedacht werden konnte, genügte eine Confrontirung mit seinem Complicen, um ihn sofort in hochgradige Aufregung mit Neigung zur Aggression zu

versetzen; auch sonst gerieth er leicht in Unmuth und wurde un wirsch auf unzureichende Anlässe hin.

Seine Aufregung nahm aber den höchsten Grad an, so oft hallucinatorische Einflüsse ihn in Angst versetzten und kommen diesbezüglich die Tobsuchtsanfälle in Betracht, von welchen P. während seiner Haft zu wiederholten Malen befallen wurde. Die Beobachtung derselben, insbesondere jene des letzten Anfalles vom 10. Februar hat deren eminent pathologischen Charakter als zweifellos dargethan.

Das plötzliche und unvermittelte Auftreten dieser Zustände, deren letzter durch intensiven weinerlichen Affect eingeleitet wurde, das stürmische Bild, innerhalb dessen unverkennbar schreckhafte Hallucinationen geäussert wurden, die förmliche Todesangst, in der Inculpat gegen die vermeintlich feindliche Umgebung mit Aufgebot aller Kräfte vorging, das vollständige Schwinden der Sensibilität während des letzterwähnten Zustandes, die nach Ablauf der Aufregungszustände consequent behauptete Amnesie lassen mit voller Bestimmtheit den krankhaften Charakter dieser Aufregungszustände erkennen und deuten die betreffenden Symptome, sowie die geschilderte Verlaufsart geradezu auf Vorgänge epileptoider Natur hin.

Wenn sohin nach den angeführten Auseinandersetzungen eine Reihe von Einzelnheiten vorliegt, welche zum Mindesten auf absichtliche Uebertreibung schliessen und annehmen lassen, dass P. aus irgend einem Grunde bestrebt sei, Erscheinungen von Blödsinn zu simuliren, so hat andererseits die eingehende Untersuchung und gewissenhafte Erwägung des Gesammtbildes daneben den Bestand einer wirklichen psychischen Erkrankung zuverlässig erwiesen und lässt sich das Gutachten über den Geisteszustand des P. in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. P. war zweifellos schon vor Verübung des ihm zur Last gelegten Delictes geisteskrank, und zwar in Form eines mit Hallucinationen und Angstzuständen verbundenen Verfolgungswahnes,

2. Von letzterem erscheint P. auch dermalen nicht frei.

3. Augenscheinlich unter dem Einflusse seiner neuerlichen Verhaftung trat seine Erkrankung wieder deutlicher hervor, insofern anfänglichen Selbstmordversuchen wiederholte Tobsuchtsanfälle folgten, in denen Inculpat durch Hallucinationen angstvoll, aufgeregt und aggressiv erschien, überdies in seinem Bewusstsein gestört war.

4. Der innere Zusammenhang und die Uebereinstimmung der angeführten Krankheitssymptome weist auf eine Continuität der bezüglichen Zustände hin.

5. Insoferne hallucinatorisch begründete Wahnideen den Hauptcharakter dieser dauernden Geistesstörung ausmachen, muss Implorat hiedurch im Sinne des Gesetzes als des Gebrauches der Vernunft beraubt angesehen werden und hat er innerhalb dieses krankhaften Zustandes die incriminirte Handlung verübt.

6. Bei der erwiesenen Geistesstörung des P. und dem entschieden gemeingefährlichen Charakter derselben erscheint dessen Unterbringung in einer Irrenanstalt dringend geboten.

Die nähere Betrachtung der mitgetheilten Fälle ergibt nun zunächst die vielleicht nicht uninteressante Thatsache, dass von sämmtlichen zehn Simulanten sieben wegen Eigenthumsdelicten in strafgerichtlicher Untersuchung standen, auch von den übrigen zwei bereits vorher schon wegen Diebstahls abgestrafte Individuen waren.

Es ist nun gewiss kein blosser Zufall, dass gerade die Verbrecher dieser Kategorie durch Charaktereigenthümlichkeiten sich auszeichnen, die sie auch für die Rolle der Simulanten besonders geeignet erscheinen lassen. Krauss theilt in seiner Psychologie des Verbrechens die Beobachtungen des Strafanstaltsdirectors in Ostpreussen v. Valentini aus dem Jahre 1869 mit, der sich über die verschiedenen Sorten der Diebe in folgenden charakteristischen Worten äussert: „in Einem Punkte sind sie alle gleich: in der beispiellosen Kunstfertigkeit des Lügens. Alle übrigen Verbrecher lügen auch, aber alle lügen sie plump und handgreiflich. Nur die Diebe lügen geschickt und natürlich. Ohne einen Augenblick zum Besinnen nöthig zu haben und ohne Anstoss, sowie sie nur den Mund öffnen, lügen sie. Sie wissen es selbst nicht mehr, dass sie lügen. Es ist ihnen so sehr zur zweiten Natur geworden, dass sie sich selbst auch belügen."

Es bringt also gerade diese Verbrechersorte eine gewisse natürliche Begabung für Verstellungskünste mit, und so mag denn der Umstand, dass unter den Simulanten fast ausschliesslich solche Elemente vorkommen, zum Theil eine gewisse psychologische Erklärung finden.

Es muss dahingestellt bleiben und kann nur nach Massgabe des einzelnen Falles beurtheilt werden, ob die Verlogenheit eines Simulanten, insoweit sie eben auf die anscheinende geistige Störung sich bezieht, ausschliesslich und absichtlich auf die Vortäuschung einer Geisteskrankheit gerichtet ist; es kann Manches ganz wohl Effect gewohnheitsmässigen Lügens sein und im Zusammenhang mit anderen Momenten leicht den Verdacht der Simulation erwecken, ohne dass das betreffende Individuum im Entferntesten die Absicht der Simulation ver-

folgt; es ist aber auch nicht ausser Acht zu lassen, dass derlei Züge von Lügenhaftigkeit auch bei wirklich Geisteskranken vorkommen und dass das Fabuliren mancher Kranker, die in dem Erfinden der abenteuerlichsten Dinge verblüffende Raschheit und Unverfrorenheit entwickeln, unter Umständen mit Simulation verwechselt werden könnte.

Die Motive, aus denen heraus solche Ausflüsse von Verlogenheit stammen, sind in praxi nicht immer eruirbar; eine Betrachtung insbesondere des letzterwähnten Falles X. lässt Manches (die groben Gedächtniss- und Urtheilslücken, Unfähigkeit zu ganz einfachen Berechnungen, zur Benennung von Gebrauchsgegenständen) als ganz entschiedene Uebertreibung erkennen, die direct auf Simulation hindeutet, Anderes (Erzählungen über Vorleben und sociale Stellung etc., wodurch er seine Umgebung in ahnungslose Täuschung versetzte) erscheint vom Verdachte krankhafter Confabulation nicht absolut frei.

Die vorliegenden Erfahrungen haben aber weiterhin die nicht unwichtig erscheinende Thatsache ergeben, dass von den zehn Simulanten acht bereits (einzelne hiervon vielfach) abgestrafte Individuen waren, denen schon aus diesem Grunde härtere Strafen drohten — ein Moment, welches solche Individuen veranlassen könnte, für die Simulation sich zu entscheiden.

Es befinden sich aber in solcher Lage viele Verbrecher, und doch ist die Zahl der Simulanten unter ihnen — wie allgemein und mit Recht angenommen wird — eine verschwindende.

Da mag es wohl nicht ohne Bedeutung sein, dass unter der allerdings nicht sehr erheblichen Anzahl der angeführten Simulanten auffallend viele sich finden, die psychisch nicht völlig unbelastet waren, dass von sämmtlichen zehn Simulanten eigentlich nur zwei als völlig intact bezeichnet werden konnten.

So schiene denn in der That die Voraussetzung älterer Autoren, welche Simulation ohneweiters auf Geistesstörung bezogen haben, ein Körnchen Wahrheit aufzuweisen.

Unterzieht man nun die hier in Frage kommenden Eigenthümlichkeiten der geschilderten Simulanten einer näheren Betrachtung, so wäre zunächst eine Gruppe (III, IV, V) auszuschalten, die lediglich aus Personen neuropathischer Constitution, erregbarer Natur, jähzornigen Temperamentes gebildet

wird, von denen zwei schon Selbstmordversuche gemacht hatten; die thatsächlich vorhandenen Störungen waren aber keineswegs derartig, dass auch nur annähernd von eigentlicher Geistesstörung hätte gesprochen werden können.

Mit den nun übrigen fünf Fällen betreten wir nun allerdings mehr weniger den Boden wirklicher psychischer Alienation, was aber die Form derselben anlangt, so ergibt sich aus dem Studium der bezüglichen Fälle, dass vorwiegend Bilder angetroffen wurden, die als Ausdruck psychopathischer Veranlagung (VI) oder psychischer Degeneration (VII, VIII) sich darstellten — Fälle mit ausgesprochener hereditärer Belastung, epileptischer Grundlage, originärer Veranlagung, bei denen die oft atypische Gestaltung des Symptomenbildes, der minder prägnante Charakter der Krankheitserscheinungen, die relative Intactheit der psychischen Verrichtungen etc. besondere Schwierigkeiten ergeben, welche auch einen derartigen Fall schlechtweg als zweifelhaft erscheinen lassen können.

Es sind dies gerade aber auch jene Krankheitsbilder, welche forensisch bei Entscheidung der Frage der Zurechnungsfähigkeit begründetermassen Bedenken erregen und den ärztlichen Sachverständigen nicht ohneweiters jene Frage zu verneinen gestatten; gerade in solchen Fällen wird der Experte mitunter in die Zwangslage versetzt sein, aus dem Gesammtbilde Momente hervorzuheben, die wohl als mildernde Umstände, keineswegs aber direct als Strafausschliessungsgrund heranzuziehen sind.

Erst vor Kurzem hat Brosius[1] auch die Frage der Simulation berührt und vor Allem die Erfahrungsthatsache betont, dass mitunter zweifellos Irre insoferne simuliren, als sie aus irgend einem Grunde zu den bestehenden Symptomen der Krankheit andere absichtlich hinzufügen, und setzt er hinzu, dass solche Simulanten vielfach erblich veranlagte, defecte Individuen sind, deren abnormer psychischer Zustand in das weite Gebiet des moralischen Irreseins fällt.

So scheint denn die Simulation geistiger Störung in der That nur äusserst selten bei wirklich intacten Individuen sich vorzufinden und wäre im Allgemeinen die Annahme nicht ungerechtfertigt, dass ihr Vorkommen an sich mit einiger Wahrscheinlichkeit auf

[1] Brosius, Altes aus neueren Anstaltsberichten. 1887.

das gleichzeitige Bestehen neuropathischer Disposition, respective psychopathischer Veranlagung hinweist oder zu vorhandenen Zuständen sogenannter psychischer Entartung in Beziehung gebracht werden kann. Lehrt schon die Erfahrung, dass gerade bei solchen Individuen die mannigfachsten Absonderlichkeiten im psychischen Gebahren vorzukommen pflegen, dass sie in irgend complicirteren Lagen an Klarheit der Ueberlegung und Sicherheit der Intentionen Einbusse erleiden, so erscheint es einigermassen begreiflich, dass bei derartig Veranlagten die durch die Untersuchungshaft bedingte Veränderung der Verhältnisse, der aufregende Einfluss derselben etc. für den Anreiz zum Versuch einer Simulation weit günstigeren Boden finden, als bei normal veranlagten Personen. Daraus würde aber auch im Grossen und Ganzen die für die Praxis nicht unwichtige Folgerung sich ergeben, dass die psychisch nicht intacten Simulanten der Mehrzahl nach mit Zuständen behaftet sind, bezüglich deren die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit gemeinhin eine offene ist und erst nach Massgabe des individuellen Falles entschieden werden kann.

Gerade durch das Zusammentreffen der Simulation mit derlei vielfach ins Uebergangsgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit fallenden Zuständen kann die diagnostische Aufgabe, die dem Sachverständigen zufällt, ungemein erschwert werden; Ruhe und Unbefangenheit desselben werden auf harte Proben gestellt, und nur zu leicht kann bei Ausserachtlassung dieser Erfordernisse für die Begutachtung, bei irgend ungestümen, inquisitorischem Vorgehen die Unklarheit eines Falles nur noch gesteigert werden. In der Regel wird man sich darauf beschränken, neben sorgfältigen Vorerhebungen das psychische Gesammtverhalten unter Berücksichtigung gewisser Eigenthümlichkeiten der Verbrecher zu beurtheilen und alles vermeiden, was in dem Exploranden Misstrauen, Scheu oder Angst dem Arzte gegenüber erwecken könnte. Man glaube aber nicht, in jedem Falle mit dieser milden Methode zum Ziele zu kommen, und wenn es auch vom ärztlichen Standpunkte nicht gerathen erscheint, zu Repressalien Zuflucht zu nehmen, so muss dennoch hie und da einmal eine schärfere Handhabung der Untersuchungsmassnahmen getroffen werden, um die Situation klarzustellen

und dem Treiben mancher Simulanten eine wirksame Grenze zu setzen.

In einer jüngst erschienenen, mir erst nachträglich zugekommenen Arbeit von Moeli („über irre Verbrecher" Berlin 1888) widmet derselbe einen eigenen Abschnitt der Besprechung der Frage über Simulation von Geistesstörung. Indem er im Allgemeinen hervorhebt, dass eine Anzahl von Fällen seines Beobachtungskreises eine unrichtige Beurtheilung erfahren hatten, sei es durch irrthümliche Annahme der Simulation, sei es durch Uebersehen von neben Simulation bestehender Geistesstörung, unterzieht er die bezüglichen Fehlerquellen einer eingehenden Erörterung, sondert naturgemäss die scheinbaren von den wirklichen Simulanten, bezüglich deren er die Thatsache der nicht seltenen Coincidenz mit geistiger Abnormität auch unter Anführung einschlägiger Beobachtungen betont. Es finden sich in diesem Abschnitt auch Bemerkungen über Simulanten in der Strafhaft mit sehr beachtenswerthen Streiflichtern für eine verlässliche Diagnostik.

Mittheilungen aus der psychiatrischen Klinik in Prag.

Von Prof. Dr. **A. Pick.**

I. Zur Localisation einseitiger Gehörshallucinationen nebst Bemerkungen über transitorische Worttaubheit.

Bei der relativen Häufigkeit einseitiger Gehörshallucinationen sollte man annehmen, dass sich öfter Gelegenheit bieten müsste, den centralen Sitz der dieselben bedingenden Läsion festzustellen und so zur Klarstellung des noch immer dunklen Mechanismus der Hallucinationen im Allgemeinen beizutragen. Allein ein Ueberblick über die einschlägige Literatur zeigt, dass diese Erwartung nicht zutrifft; denn einerseits handelt es sich dabei um Fälle mit offenbar functionellen und zumeist passageren Störungen, andererseits vorwiegend um solche, wo die peripherisch durch ein Ohrenleiden bedingte Auslösung des centralen Mechanismus über seine Localisation keinen Aufschluss geben kann. Nur ganz vereinzelte Fälle liegen bisher vor, bei denen entweder durch den Sectionsbefund oder durch klinische Nebenerscheinungen, welche eine beiläufige Localdiagnose mit Sicherheit gestatten, ein solcher Aufschluss gegeben ist.

Zu diesen zählt in erster Linie der bekannte Fall von Hughlings Jackson (Brain. P. X, p. 198; siehe auch bei Gowers,

De l'épilepsie, trad. franc. p. 111) mit Geräuschen im linken Ohr, die als Aura linksseitigen Convulsionen vorangehen; der Sectionsbefund ergab einen Tumor rechts zwischen Thalam. opt. und erster Schläfewindung.

Robertson (Neurol. Centralblatt 1884, p. 407) berichtet über linksseitige Gehörshallucinationen im Anschlusse an einen von vorübergehender linksseitiger Parese gefolgten apoplektiformen Anfall; daneben Herabsetzung der Hörschärfe links. Tamburini und Riva (Neurol. Centralbl. 1884, p. 543) fanden bei einem Paralytiker mit einseitigen Gehörshallucinationen eine Läsion der ersten Schläfewindung der entgegengesetzten Seite. Dieser Fall sowohl wie die beiden von Hertz (Zeitschr. f. Psych. 41, p. 684) mitgetheilten erscheinen nicht ganz einwandfrei; endlich ein Fall von Millet (Annal. med. psych. 1887, II., p. 229) mit rechtsseitigen Hallucinationen und Tumor in der Gegend der rechten Insel ist überhaupt kaum discutirbar, jedoch keineswegs gegen die aus den übrigen zu ziehenden Schlussfolgerung von der contralateralen Localisation der die einseitige Gehörshallucination bedingenden centralen Läsion zu benützen, da vielleicht das Fehlen typischer einseitiger motorischer Störungen gestattet, dem Tumor anstatt diffuser, vielleicht direct auf den Acusticus derselben Seite ausgeübte Einwirkungen zuzuschreiben.

Der im Nachstehenden mitgetheilte Fall gehört zu denen, die intra vitam gestatten, eine ziemlich präcise Localdiagnose zu stellen und dadurch den oben gemachten Schluss von der Localisation der Hallucinationen zu stützen; eine Reihe anderer interessanter Erscheinungen, welche derselbe darbietet, rechtfertigen gleichfalls eine eingehende Besprechung.

Am 16. Januar 1887 war die 35jährige ledige arbeitslose, von der Polizei aufgegriffene P. Marie zur Klinik aufgenommen worden; den nachträglich eingeholten spärlichen Daten ist nur zu entnehmen, dass dieselbe, Mutter von drei Kindern von einem Manne, mit dem sie zusammengelebt hatte, von Juni bis August 1886 in einem Krankenhause zugebracht hatte, wohin sie wegen Geistesstörung gekommen war. Sie hatte zu Hause Zeichen von Verwirrtheit gezeigt, wollte Wäsche im Kaffee waschen, verrichtete ihre Nothdurft im Bette oder im Zimmer, liess einmal eines ihrer Kinder bei einer fremden Frau zurück,

drohte auch einmal das Kind zu tödten. Im Krankenhause selbst war sie verwirrt, sehr unruhig, schlaflos, unrein und zerstörungssüchtig und soll auch wiederholt Lach- und Weinkrämpfe gehabt haben; schon damals war ihre Unterbringung in eine Irrenanstalt geplant gewesen.

Bei dem Examen erweist sich die Kranke als eine Person von sehr beschränkter Intelligenz; sie hat nie lesen und schreiben gelernt, ihr Urtheil ist ein kindisch-schwachsinniges, ihr Gedächtniss erweist sich für die früheren Zeiten als so ziemlich erhalten, ihre Gemüthsstimmung ist eine indifferente, aber labile, namentlich nach der Richtung der Depression. Die Angaben, die sie über ihre Anamnese macht, lassen sich dahin resumiren: Nachdem sie in verschiedenen Städten gedient, hatte sie in W. die Bekanntschaft ihres jetzigen Geliebten gemacht, habe drei Kinder geboren, das letzte etwa zu Weihnachten 1886. Bezüglich des Aufenthaltes in dem Krankenhause ist sie nur wenig orientirt und gibt auch einige wenig zutreffende Erklärungen für ihre Handlungen vor ihrer Einlieferung dorthin. In den letzten 14 Tagen war sie bettelnd umhergeirrt und hatte sich dabei zum Theil hochgradige Erfrierungen der Füsse zugezogen, die erst nach mehrmonatlicher Behandlung in der Klinik heilten.

Aus dem sonstigen Status ist nur noch hervorzuheben: Vorzeitige Senescenz, schlaffe Gesichtszüge, links Nasolatialfalte etwas schwächer ausgeprägt (links fehlen die Zähne), beim Zähnezeigen keine Differenz, Zunge etwas nach links abweichend, Pupillen gleich, gut reagirend, keine Gesichtsfeldeinschränkung; an der Aorta erstes Geräusch, zweiter Ton; keine auffallende Karotidenpulsation, Schädelpercussion nirgends schmerzhaft. Keine motorische Störung der Extremitäten, Druckkraft der Hand rechts 60, links 70 am Dynamometer, Sensibilität der Haut frei, Patellarphänomene normal, Sehschärfe normal, Papillen beiderseits etwas blässer. In der Folgezeit war die Kranke, die behufs der durch Abstossung mehrerer Zehen fieberlos verlaufenden Heilung ihrer Wunden zu Bette lag, nicht aufgefallen, erzählte in der gleichen kindlichen Weise ihre Erlebnisse und verlangte nur zeitweise ihre Entlassung, beruhigte sich jedoch bald, wenn sie auf die Heilung ihrer Wunden vertröstet wurde, die am 22. April bis auf einen thalergrossen Defect erfolgt war.

Am 26. April Mittags, während sie im Bette aufsitzt, klagt sie, dass ihr schlecht werde, und unmittelbar darnach bekommt sie einen Krampfanfall; nachdem derselbe aufgehört, ist sie soporös, reagirt nicht auf Anrufen, aber auf Nadelstiche, Pupillen reagiren prompt, Temperatur 38·9, kein Eiweiss im Harn; in diesem Zustande ist sie auch noch am folgenden Tage, doch etwas weniger benommen, klagt über Kopfschmerz, Kopf bei Percussion schmerzhaft, hat seit gestern mehrfach erbrochen; keine Temperatursteigerung. In der Nacht zum 28. wird sie etwas unruhig, hallucinirt die Stimmen zweier Personen, die sie dann unter dem Bette sucht, ebenso am folgenden Tage.

29. April. Sie höre die Stimme eines alten Weibes: „Du bist dumm, Du bist dumm"; auch höre sie an der Mauer kratzen; blickt öfters unters Bett und legt sich, da sie dort nichts findet, wieder beruhigt ins Bett.

Am folgenden Tage läuft sie viel umher, hört ihre Kinder rufen, schüttelt oft ihr Hemd, indem sie behauptet, es wäre ein Kind darin. In den folgenden Tagen, wo sich die Kranke wieder beruhigt, wird nachträglich constatirt, dass sie immer nur mit dem Gehör hallucinirt hatte, niemals mit dem Gesichte. Von jetzt ab zeigt sie wieder ihr altes schwachsinniges, veränderliches Wesen bis zum 16. Mai, wo sie Nachmittags, nachdem kurze Zeit ein nicht ärztlicherseits beobachtetes Zittern der Extremitäten (Krampfanfall?) angedauert, bei der Abendvisite völlig stupid gefunden wird; die Sprache ist paraphatisch, bis auf die Worte: „Oh Gott! Oh Gott!" unverständlich; Pupillen gleich, reagiren gut gegen Licht, rechter Mundwinkel tiefer, Mund nach links verzogen, rechter Arm deutlich schwächer, Sensibilität gegen Nadelstiche anscheinend fehlend, Kniephänomene sehr lebhaft; Patientin reibt sich fortwährend die rechte Hand mit der linken, dabei fortwährend unverständliche Worte vor sich hinmurmelnd. Athmung flach, sehr frequent, keine Temperatursteigerung.

17. Mai. Deutlich aphatisch, ausgesprochene Worttaubheit. „Haben Sie Kinder?"

„Wenig Zähne," zeigt die Zähne. (Das Examen wird, da die Kranke nur tschechisch versteht, in dieser Sprache geführt.)

„Wie lange sind Sie hier?"

„Betti, Marie." (Namen ihrer Kinder.)

„Haben Sie gegessen?"

Zeigt wieder die Zähne.

„Haben Sie Hunger?"

„Drei Kinder."

Einzelne Fragen scheint sie zu verstehen, zuweilen jedoch erst nach vielfacher Wiederholung. Vorgehaltene Gegenstände erkennt sie zum Theil nicht. Aufgefordert, die Zunge zu zeigen, reagirt sie nicht darauf, auch nicht, als es ihr vorgemacht wird. Abwechselndes Verstopfen der beiden Ohren ändert nichts an dem Befunde der Worttaubheit, sowie ihr beide verstopft werden, klagt sie über Summen.

Die Kranke hält den rechten Arm im Ellbogengelenk gebeugt, die rechte Hand ist ungeschickt, beim Gehen ist das rechte Bein steif, stelzenförmig. Augen frei, kein Gesichtsfelddefect, Sensibilität für Schmerzeindrücke frei; Abends ist die Aphasie geringer, Patientin erkennt ihr gezeigte Objecte. Am folgenden Tage noch deutlich worttaub, klagt sie, dass sie nicht wisse, was mit ihr geschehen sei, dass sie so verwirrt ist; wiederholt oft die Frage, bei längeren Sätzen das letzte Wort, zuweilen in veränderter Form, so z. B. máte (habt ihr) statt Mates (Mathias), das sie dann fragend wiederholt; klagt selbst, dass sie nichts verstehe; es summe ihr im rechten Ohre. Beim Aufsetzen wird sie schwindlig, blass, Pulsfrequenz 112, Athmung frequent stöhnt, jammert, speichelt; dann leichte klonische Zuckungen des (rechten) Vorderarmes, später daran anschliessend Beugebewegungen der Hände und gleichzeitig damit und sie überdauernd leichtes Zittern der rechten Hand; Pupillenreaction prompt, erkennt einzelne vorgehaltene Gegenstände nicht. Allmählich schwinden alle beschriebenen Erscheinungen und am 22. Mai zeigt die Kranke wieder ihr normales Verhalten.

7. Juni. Leichter Ohnmachtsanfall, ohne weitere Erscheinungen.

17. August. Nachts drei Krampfanfälle, zwischendurch Erbrechen; darnach ist die Kranke soporös, reagirt nur auf Nadelstiche in die Nasenscheidewand, rechter Arm gelähmt, rechtes Bein steif gestreckt, Augen geschlossen, die Pupillen der nach rechts oben conjugirt abgelenkten Bulbi reagiren lebhaft. Am Morgen innervirt die noch soporöse Patientin den rechten Arm; etwa Mittag beginnt sie einzelne unverständliche Worte oder Bruchstücke solcher in fortwährender Wiederholung zu lallen; bei geöffneten

Augen beachtet sie die Umgebung nicht, widerstrebt Allem, was mit ihr vorgenommen wird; Abends soporös, Nachts unruhig im Bette sich umherwerfend, einzelne Worte lallend.

18. August. Componirter, bezeichnet richtig einen Schlüssel, andere Gegenstände jedoch gleichfalls als Schlüssel; im Uebrigen aphatisch; versteht nichts, was zu ihr gesprochen wird; Sensibilität noch sehr stumpf.

19. August. Nachts ihre Kinder, die sie sprechen hörte, unter dem Bette gesucht. Aphatisch.

20. August. Klar, Erinnerungsdefect für den Anfall.

28. August. Menses; gibt spontan an, gestern fortwährend die Worte: Pane Pick, pepik byl byt („Herr Pick, der Pepi wurde gehauen") im rechten Ohre gehört zu haben.

19. September. Während des Strickens reibt sich Patientin plötzlich die rechte Hand, klagt, dass sie ihr „hölzern" werde, auch im Munde habe sie dies Gefühl, greift nach der Zunge, später jammert sie über Schmerzen im Munde, meint, sie könne die Zunge nicht vorstrecken, was ihr jedoch gelingt; Sensibilität und Geschmack objectiv nicht gestört. Zunge wird etwas nach links vorgestreckt, rechte Nasolabialfalte stärker, rechte Mundspalte weiter. Pupillen gleich, reagiren gut, die linke vielleicht etwas besser. Nach einer Weile gibt Patientin an, es sei vorbei, klagt aber noch über Brennen an der Zunge und im rechten Bein. Gibt präcise an, die Stimmen ihrer Kinder früher immer nur mit dem rechten Ohre gehört zu haben. Am folgenden Tage Menses. Kein Erinnerungsdefect für den letzten Anfall. Ein jetzt mit der Kranken aufgenommenes Examen zeigt, dass das Gedächtniss derselben für längst Vergangenes sehr gut erhalten und nur für die nähere Vergangenheit schlecht ist. Eine jetzt vorgenommene Gehörsprüfung (Prof. Zaufal) ergibt: Luftleitung, Hörfähigkeit rechts weniger als normal, doch nur geringgradig herabgesetzt, links normal; Kraniotympanoleitung für die Uhr sehr gut, Stimmgabel wird vom Scheitel aus rechts, ebenso vom linken Processus mastoideus rechts gehört.

Rinne'scher Versuch beiderseits positiv. Auch nach Entfernung der Schallquelle vom Knochen tönen die Stimmgabeltöne noch lange nach.

Trommelfell etwas straffer gespannt, sonst normal. Choane hypertrophirt, Nasenkatarrh.

Diagnose: Catarrh. tub. Eustach. geringen Grades, Hyperästhesie des rechten Acusticus.

Vom 14. bis 17. October. Menses. Am 23. October, nachdem sich die Kranke mit der linken Hand den gebeugten rechten Arm gehalten, dies jedoch als alte Gewohnheit erklärt, klagt sie Mittags über Kopfschmerz, sinkt bewusstlos vom Stuhle.

12½ Uhr Mittags: Etwas benommen um sich blickend, völlig aphatisch; Jači zaky, bysi etc.; worttaub, versteht nicht die Aufforderung, die Hand zu reichen; theilweise Seelenblindheit, percipirt eine Angriffsbewegung richtig, eine Semmel behält sie ohne Verständniss in der Hand, Sensibilität beiderseits sehr herabgesetzt, Kniephänomene sehr lebhaft. Die Kranke jammert fortwährend anfänglich: „co so to so ča" (unzusammenhängende sinnlose Silben), später „Jesus Maria". Die Sprache wird dann wieder schlechter, und um 1½ Uhr Nachmittags treten Convulsionen der rechten Extremitäten auf, Gesicht frei, die Kranke ist bei Bewusstsein, blickt den Arzt an und jammert fortwährend „O Jesus".

2½ Uhr. Bei vorgebeugtem Rumpfe krampft jetzt der linke Arm mit. Später sind die Arme schlaff, Kranke greift in den Mund nach der Zunge, plappert fortwährend „tak, tak . . ." Reagirt auf keinerlei Anruf.

3½ Uhr. Soporös, Brechneigung, worttaub, unverständlich lallend.

6 Uhr Abends. Jammert, Brechneigung, häufiges starkes Aufsperren des Mundes, Patientin spuckt viel umher, reibt mit der linken Hand die Magengegend, schlägt mit dem linken Arm in der Luft umher, Gesichtsausdruck schmerzhaft, Kranke jammert fortwährend „Jesus Christus". Gereichte Milch trinkt sie erst, als sie ihr in den Mund fliesst.

24. October. Paraphatisch, worttaub; wiederholt zeitweise Worte, meist die letzten der Frage, zuweilen correct, zuweilen mit Veränderung einzelner Consonanten, z. B. statt pravou — prahu; gegen Angriffsbewegungen ist sie stumpf, sonst lässt sich Seelenblindheit nicht nachweisen (hat gefrühstückt); anscheinend kein Gesichtsfelddefect; Ueberempfindlichkeit gegen Nadelstiche beiderseits; Schädel nirgends besonders schmerzhaft; zwei Stunden später klagt sie noch aphatisch über das, was ihr gewesen.

$12^1/_2$ Uhr Mittags. Worttaub, erkennt vorgezeigte Gegenstände nicht; auch eine Stunde später nur vereinzelt, ist sich jedoch dieses Defectes bewusst; einzelne Fragen werden verstanden; ausgesprochene, aber nicht mehr complete Paraphasie. In den folgenden Stunden bessern sich sowohl die Sprachstörung und Worttaubheit, als auch die Seelenblindheit; Pat. ist jedoch unorientirt bezüglich ihres Aufenthaltsortes.

$6^1/_2$ Uhr Abends. Die Sprache noch nicht ganz frei, das Sprachverständniss wird oft erst durch zweimalige Wiederholung der Fragen angebahnt; Patientin klagt selbst, dass sie früher gehört, aber nicht verstanden habe; jetzt höre und verstehe sie. doch ist das Verständniss noch immer kein ganz klares.

28. October. Bis auf die Unorientirtheit bezüglich ihres jetzigen Aufenthaltsortes und allerlei Gedächtnisslücken hinsichtlich der Vergangenheit wieder frei; gibt spontan an, sie habe vorgestern Nachts mit dem rechten Ohre die Stimmen ihrer Kinder gehört; es sause im rechten Ohre; heute habe sie mit demselben „Josef" rufen hören; auch jetzt höre sie dasselbe rufen; beim Verstopfen beider Ohren höre sie „Pepi, Pepi." Nachmittags hört sie nichts mehr davon. In den folgenden Tagen erreicht sie wieder den Status quo ante; der auf der Ohrenklinik erhobene Befund constatirt den Bestand der rechtsseitigen Acusticushyperästhesie; am 9. November Menses. In der Folgezeit erscheint sie zuweilen etwas stumpfer, macht öfter Kaubewegungen.

1. December. Früh stumpf; Mittags ging Patientin einigemal im Kreise herum; wird zu Bett gebracht; darnach etwas klarer, keine Sprachstörung, keine Seelenblindheit; gegen Abend aufgerüttelt, beachtet sie weder Arzt noch ihr vorgehaltene Gegenstände, reagirt ausschliesslich auf tiefe Nadelstiche, Anrufen und selbst schrille Pfiffe beachtet sie gar nicht; Reflex von der Conjunctiva nur schwach. Nichts gegessen, das Essen nicht als solches percipirt. Abends tiefer Schlaf. Temperatur weder früher noch jetzt gesteigert.

2. December. Des Morgens stumpf, paraphatisch. Bei der Frühvisite liegt Patientin in linker Seitenlage, beachtet die Umgebung nur wenig, blickt ruhig vor sich hin, fortwährend kauend; emporgehoben schimpft sie paraphatisch; besonders wenn Rechtsdrehung des Kopfes versucht wird; bei den Kaubewegungen zeigt

sich ein damit synchronisches Zucken im linken Mundwinkel. Des Morgens steckte sie Wäscheklammern anstatt der Haarnadeln in's Haar; Anderes wieder führt Patientin correct aus; nahm z. B. ihre Schuhe und ging allein auf's Closet; Gang nicht auffällig; passive Flexion des rechten Beines scheint schmerzhaft; Kniephänomene sehr lebhaft; Lid- und Fusssohlenreflex sehr lebhaft; ausgesprochene Paraphasie. Anfänglich ist sie beim Examen erregt, wird förmlich wild, später ist sie etwas zugänglicher, plötzlich schreit sie in einer Richtung, wo Niemand steht: vzdit jede tue due den (unverständliche Worte). Gegen Nadelstiche reagirt sie beiderseits sehr lebhaft weinend und schimpfend, zeigt dann spontan eine kleine Excoriction am linken Bein, welche sie schmerze; Annäherung eines Blumenkorbes beachtet sie nicht, erst bis er das Gesicht berührt, wehrt sie ihn blindlings ärgerlich ab.

Nachmittags ist die Apperception der Umgebung etwas besser, die Kranke jammert viel, hält sich den Kopf, besonders die linke Seite.

Abends spricht sie von ihren Kindern, ist unorientirt bezüglich Zeit und Ort, beachtet vorgehaltene Gegenstände zum Theil nicht, einzelne erkennt sie, führt Selbstgespräche, zuweilen anscheinend auch Zwiegespräche, auf einen kräftigen Pfiff reagirt sie durch Zusammenschrecken; räsonnirt viel mit zum Theil beträchtlichem correcten Wortschatz.

3. December. Viel componirter; gibt spontan an, sie höre jetzt nichts mehr, zeigt dabei auf's rechte Ohr; sie habe die Stimmen ihrer Kinder und „Pepi" gehört; sie wisse nicht, was ihr gestern in den Kopf gestiegen sei. Der Kopf schmerze sie nicht mehr. Mässige partielle Paraphasie, leichte, zeitweise Worttaubheit, eigenthümliche Echolalie in der Weise, dass sie einzelne Worte des Fragesatzes in veränderter Weise fragend wiederholt, z. B. „Kde mate nos, mit . . . nosí".

Nach einer mehrfachen Wiederholung dieser Frage zeigt sie dann (richtig) auf die Nase. Sie ist sich auch selbst ihres Sprachdefectes bewusst, durch Vorhaltung ihres gestrigen Benehmens wird sie weinerlich. In der Folgezeit klagt sie über ein nur zuweilen für kurze Zeit pausirendes Stimmhören im rechten Ohr, zumeist das Wort „Pepiku" oder „Marianko"; zeitweise localisirt sie die Stimme auch nach rechts hinten oder auch

in den Rücken; zuweilen gibt sie an, dass sie beim Beten hallucinatorisch begleitet werde. Auch von der rechtsseitigen Acusticushyperästhesie wird Patientin sehr geplagt, indem sie das Clavierspiel einer anderen Kranken weithin und·auch noch nach Beendigung desselben im Ohre klingen hören will.

Im December gibt sie durch einige Tage an, dass sie auch links eine Stimme höre; am 23. December wird in der Ohrenklinik constatirt:

Tubencatarrh, Aufhören der linken Hallucination nach Luftdouche.

Links Flüsterstimme 5 M.

Rechts Flüsterstimme 20 M.

Stimmgabel am Scheitel wird rechts besser gehört, nach einer Minute übergeht der Stimmgabelton auf die linke Seite wo er lange nachklingt; der Nachklang schwindet durch Vorhalten einer tiefer gestimmten Stimmgabel.

Seither hallucinirt sie fast fortwährend mit kurzen Pausen, auch Nachts beim Erwachen rechts die früher erwähnten Worte, zumeist „Pepik".

6. Jannuar. Mittags blass, schwindlig, benommen, nichts gegessen; im rechten Ohre „Pepik"; Nachmittags will sie fortfahren, der Wagen warte auf sie.

Am folgenden Tage weiss sie nur, dass ihr schlecht gewesen, von ihren Aeusserungen weiss sie nichts.

15. Januar. Menses, heftiger Kopfschmerz, besonders die rechte obere Quintusast schmerzhaft.

In der nächsten Zeit zuweilen stumpf, rechtsseitige Hallucination wie früher.

Fassen wir die klinischen Erscheinungen des vorstehenden Falles zusammen, so sehen wir wie bei einem geistig beschränkten, aber bis dahin anscheinend psychisch gesunden Weibe zuerst ein Zustand von Verworrenheit auftritt, der, obwohl nicht genauer beobachtet, doch insoferne bemerkenswerth erscheint, als er eine Erscheinung aufweist, die in den später ärztlich beobachteten Anfällen als Seelenblindheit angesehen wurde; es dürfte die Schlussfolgerung nicht von der Hand zu weisen sein, dass es sich damals um einen jenen seither anfallsweise auftretenden Zuständen ähnlichen gehandelt, ja dass vielleicht damals jene Hirnaffection zu Stande gekommen sein mochte, die für die

späteren Anfälle verantwortlich zu machen ist; dafür lassen sich auch anführen, die Dauer des damaligen Zustandes und die Zeichen geistiger Schwäche, die nach Allem, was man von der Kranken weiss, erst seither bei ihr anzutreffen sind.

In der Folgezeit treten nun bei der Kranken, deren Status somaticus anfänglich sowohl (wie auch später in den anfallsfreien Zeiten) keine sicheren Anhaltspunkte für die Annahme einer umschriebenen Hirnläsion dargeboten hatte, Anfälle auf, die zum Theile sicher in einem zeitlichen und wohl auch genetischen Verhältnisse stehen und so verschiedenartig die Erscheinungen derselben sind, doch bei näherer Betrachtung als zusammengehörig sich erweisen.

Dafür spricht zuerst die Thatsache, dass dieselben Erscheinungen, welche für sich allein auftretend, als ein leichtester Anfall angesehen werden können, ein andermal wieder von der ganzen Reihe der schwersten Erscheinungen gefolgt sind, dass weiter die Einzelerscheinungen dieser Reihe in unregelmässiger Weise mit einander combinirt erscheinen, bald diese, bald jene ausfällt und dass es endlich möglich ist, die verschiedenen Erscheinungen einheitlich zu erklären.

In den Mittelpunkt der Besprechung können wir wohl den Anfall vom 23. October stellen, der so ziemlich alle in den übrigen Anfällen beobachteten Ercheinungen vereinigt aufwies: Beginn mit Bewusstlosigkeit, rechtsseitige Convulsionen, anfänglich Andeutungen rechtsseitiger Paraästhesien, später diffuse Herabsetzung der Sensibilität, Worttaubheit, Paraphasie, Seelenblindheit und als einzige Folgeerscheinung in dem darauf folgenden sonst symptomenlosen Intervall rechts Gehörshallucinationen; eine Durchsicht der Erscheinungen der übrigen Anfälle zeigt, dass von der anfallsweise auftretenden Stumpfheit oder Ohnmacht eine Klimax herführt bis zu dem soeben zusammengefassten Symptomencomplexe.

Fassen wir zuerst die motorischen Erscheinungen der Anfälle ins Auge, so sehen wir einerseits Anfälle von allgemeinen Krämpfen und andererseits einen einmaligen Anfall von Convulsionen der rechtsseitigen Extremitäten, an denen sich später auch der linke Arm betheiligt. Zieht man nun in Betracht, dass es die nicht von Aerzten beobachteten Anfälle waren, welche als allgemeine Krämpfe gemeldet wurden, während gerade der

einzige ärztlich beobachtete partielle Convulsionen zeigte, dass ferner in diesem einen Anfall die Convulsionen später sich auch theilweise auf die andere Körperhälfte verbreiteten, erwägt man ferner, dass zweimal in den drei Anfällen, also auch in einem der nicht ärztlich beobachteteten gleichsinnigen Paresen einmal eine gleichzeitige Steifigkeit constatirt werden konnte, so erscheint der Schluss zulässig, dass es sich in allen Anfällen um jenen häufig beobachteten Typus von Krämpfen gehandelt hatte, die halbseitig beginnen und erst später diffus werden, und die man jetzt von einseitiger Reizung der motorischen Rindencentren herleitet. Auch die Erscheinungen in der sensiblen Sphäre der Anfälle lassen sich theilweise zur Unterstützung dieser Anschauung heranziehen. Dieselben sind zum Theil diffuse, offenbar entsprechend jenem Stadium allgemeiner Herabsetzung der Hemisphärenthätigkeit, welche einmal als Bewusstlosigkeit oder als Sopor, andere Male wieder als anfallsweise Stumpfheit oder Benommenheit berichtet werden, zum Theil sind die sensiblen Störungen streng halbseitig und dieselbe Seite wie die Convulsionen beschlagend und gehen einmal dem Krampfanfalle voran, in einem anderen substituiren sie gleichsam den Krampfanfall, nach Art der bei Paralytikern schon längst beobachteten halbseitigen sensiblen Störungen, die Charcot neuerlich als Epilepsie-sensitive mit Recht den halbseitigen Convulsionen an die Seite stellt; nehmen wir noch hinzu, dass die Kranke zeitweise gelegentlich der Anfälle über linksseitigen Kopfschmerz klagt, so wird man zuerst ähnlich wie bezüglich der motorischen auch für die sensiblen Erscheinungen einen gradweisen Zusammenhang zwischen den halbseitigen und diffusen annehmen dürfen und zusammenfassend den Sitz der die sensiblen und motorischen Erscheinungen hervorrufenden Ursache in die linke Grosshirnhemisphäre verlegen.

Neben diesen Erscheinungen steht nun in erster Linie die Worttaubheit als besonders häufiges Symptom der Anfälle. Die Seltenheit[1] der Beobachtung anfallsweise auftretender Wort-

[1] Ross (On Aphasia pag. 50) erklärt es bei Gelegenheit der Besprechung der functionell bedingten Aphasien für sehr wahrscheinlich, dass Worttaubheit eine durchaus nicht seltene Aura sein dürfte, ohne jedoch Beobachtungen anzuführen; Bernard (De l'aphasie 1885, pag. 256 Anmerkung) bemerkt, dass ihm Netter einen Fall von typischer Worttaubheit als Aura eines epileptischen Anfalls berichtet habe; vergl. auch eine Beobachtung Ssikorsky's. (Neurolog. Centralbl. 1884. S. 378.)

taubheit ist wohl die Veranlassung, dass kürzlich von Seite eines Fachcollegen die Aeusserung gethan worden, dass die Worttaubheit ein continuirliches Krankheitsbild ohne dazwischen laufendes Freisein der Perception sei. Die Ursachen dieser Seltenheit dürften wohl verschiedenfältige sein; in erster Linie sind es die mit epileptischen Krämpfen verbundenen Störungen der Rindenfunctionen, welche zu einschlägigen Beobachtungen Gelegenheit bieten sollten; wenn nun im Gegensatz zur Häufigkeit der transitorischen Aphasie als Folgeerscheinung des epileptischen Krampfanfalls die sensorische Aphasie äusserst selten zur Beobachtung kommt, ist dies zum Theil wohl daran gelegen, dass dieselbe als ein wichtiges Glied im Symptomencomplex der prae- oder postepileptischen Bewusstseinsstörung in gleichem Schritt mit den übrigen Constituenten derselben schwindet und demnach der isolirten Beobachtung sich entzieht; zum Theil mag sich jenes Verhalten daraus erklären, dass der Schläfelappen in geringerem Masse von der dem Anfalle zu Grunde liegenden Störung betroffen wird, es demnach ähnlich wie bei der indirecten, durch centrale Herde erzeugten Worttaubheit früher zur Restitution der Schläfelappenfunction kommt, als in dem die motorische Aphasie erzeugenden Hirnabschnitten; das Gleiche dürfte auch für die Dementia paralytica gelten, bei der übrigens die Worttaubheit anscheinend häufiger als Anfallssymptom zur Beobachtung kommt als bei der Epilepsie. Eine Stütze für die letzterwähnte Deutung erblicken wir auch in den Erfahrungen über die gemischte sensibel-sensorische Anästhesie nach Krampfanfällen, deren differentes Verhalten ähnlich zu erklären sein wird. Im weiteren Verfolge dieser Anschauung kommen wir zu der Annahme, dass die den ganzen Symptomencomplex des Anfalls auslösende Ursache, resp. die Läsion, den Schläfelappen, den wir für die Worttaubheit verantwortlich machen, leichter in ihr Bereich zieht, ihm also auch näher liegt, als dies sonst der Fall ist; wenn wir dann die Bedeutung gerade des linken Schläfelappens für die Entstehung der Worttaubheit in Betracht ziehend, den weiteren Schluss ziehen, dass die Läsion in der linken Hemisphäre sitzen müsse, so steht dieselbe in einer ungezwungen sich ergebenden Uebereinstimmung mit dem, was sich uns aus der Betrachtung der motorischen und sensiblen Erscheinungen ergeben.

Fassen wir nun die Erscheinung der Worttaubheit, wie sie sich in unserem Falle darstellt, etwas näher ins Auge, so zeigt ein Ueberblick der einzelnen Anfälle, dass sie zweierlei Formen zeigt; einmal unmittelbar nachdem die schwersten Erscheinungen des Anfalls vorüber, in der Form, wie sie Wernicke zuerst beschrieben, der im Schema Lichtheim's die Ausschaltung des Klangbildcentrums A entspricht; dem entsprechend fehlt das Verständniss des Gesprochenen, die Fähigkeit des Nachsprechens; erhalten ist wenigstens theilweise die Fähigkeit des willkürlichen Sprechens, das jedoch die Erscheinung der Paraphasie zeigt. Schreiben und Lesen konnten leider nicht in die Prüfung einbezogen werden, da Patientin sie niemals gelernt hatte. Neben dieser Form der Worttaubheit findet sich jene zweite Art derselben, welche Lichtheim in seiner Arbeit (Separatabdr. S. 24 ff.) als Leitungsworttaubheit theoretisch und klinisch kennen gelernt hat und aus einer Unterbrechung der Bahn A B erklärt und die sich durch die Möglichkeit des Nachsprechens bei fehlendem Verständniss des Nachgesprochenen von der ersten Form der Worttaubheit unterscheidet; es zeigt sich nun, dass die zweite Form in unserer Beobachtung erst mit dem weiteren Abklingen der schweren Allgemeinerscheinungen eintritt, demnach wohl als eine mildere Form angesehen werden und so erklärt werden kann, dass anfänglich das in der Rinde gelegene Klangbildcentrum durch die in die Weite greifenden Fernwirkungen der dem ganzen Symptomencomplex zu Grunde liegenden Läsion ausgeschaltet ist, während mit dem Nachlass dieser Wirkung, den man sich vielleicht als ein mehr oder weniger concentrisches Zurückgehen wird denken können, die dem Heerde wahrscheinlich näher gelegene Bahn A B noch in dessen Wirkungsbereich fällt, während das Centrum A schon fungirt und so die Möglichkeit des Nachsprechens bei fehlendem Verständniss des Nachgesprochenen erklärt; es kommt so, wie auch in dem von Lichtheim (l. c. pag. 32) mitgetheilten Falle zu der von Romberg sogenannten Echolalie, deren Möglichkeit zuerst Spamer (Arch. f. Psych. VI. S. 32) schematisch und zwar gleichfalls aus der Unterbrechung der Bahn A B abstrahirte und die sich durch ein Beschreiten der Bahn A M (Lichtheim's) erklärt.

Wir hätten jedoch die das Nachsprechen betreffenden Thatsachen unserer Beobachtung nicht erschöpft, wenn wir nicht

näher in die Deutung der höchst eigenthümlichen Erscheinungen eintreten würden, welche die Kranke am 18. Mai und am 3. December, jedesmal zu einer Zeit, wo die Erscheinungen noch weiter im Abklingen vorgeschritten waren, darbot, nämlich die Erscheinung, dass die Kranke bei noch fehlendem Wortverständniss die Wörter als solche in ihrer Buchstabenfügung theilweise oder vielleicht sogar ganz correct auffasst und sie nicht mehr einfach automatisch, sondern bewusst, willkürlich, fragend wiedergab; die Entscheidung, ob die Auffassung der Wörter eine völlig oder nur theilweise correcte zu dieser Zeit war, muss dahingestellt bleiben, weil in Folge der aphatischen Sprachstörung die Wiedergabe der vielleicht ganz correct aufgefassten Wörter eine incorrecte geworden sein mochte.

Dass diese Form der Wortperception einem anderen Zustande entspricht als die bisher besprochenen Formen der Worttaubheit, kann nicht zweifelhaft sein, denn auf Grund der einschlägigen Mittheilungen der Kranken war man immer geneigt, die Perception der Worttauben mit derjenigen eines verworrenen Geräusches zu vergleichen. Auf diese Differenz nun will Arnaud (Arch. de neurol. 1887. Vol. XIII, Nr. 39, pag. 376) eine Abart der Worttaubheit, die von ihm sogenannte surdité verbale representative, basiren; er will Fälle, wo die Kranken das Wort als solches richtig auffassen und spontan wiederholen, aber nicht verstehen, in der Weise erklären: das image auditive wird in B (des Lichtheim'schen Schemas) richtig vorgestellt und kann auch willkürlich hervorgerufen werden, dass aber zur Umsetzung desselben in eine image representative auch die Bahn von B nach den Centren anderer images representatives gangbar sein muss (vergleiche dazu die Auflösung des Centrums B in die Centren B, B_1, B_2 u. s. w. bei Lichtheim pag. 55); ist nun die eine oder andere Bahn zu den Centren AB_1 AB_2 unterbrochen, die AB frei, so wird das Wort als solches percipirt, aber nicht mit anderen images representatives verbunden, also nicht verstanden. (Bekanntlich hat auch Broadbent [Brain I., pag. 495] ein den Sinnescentren [functionell] übergeordnetes, sogenanntes naming centre angenommen.) Obzwar sich leicht zeigen lässt, dass sich die Erscheinung in unserem Falle der von Arnaud aufgestellten Deutung ungezwungen accomodirt, scheint es uns vortheilhaft, mit einer bestimmten Deutung vorläufig zu zögern, und

wollen wir nur darauf hinweisen, dass der einzige Fall, den Arnaud für seine Deutung anführt, ein Fall von Fränkel, die Erscheinung des spontanen fragenden Wiederholens missverstandener Wörter gleichfalls während der Rückbildung der Worttaubheit zeigt.

Wesentlich kürzer können wir uns in der Besprechung der übrigen Erscheinungen unseres Falles fassen. Die Sprachstörung zeigt eine Mischform, einerseits Erscheinungen atactischer Aphasie, andererseits das was man als Paraphasie bezeichnet; die letztere, abhängig von der Worttaubheit, zeigt einen deutlich parallelen Gang mit dem Abklingen dieser; die erstere darf man wohl aus der bis auf die untere Stirnwindung der von der anfallsweisen Störung betroffenen linken Hemisphäre beziehen.

Die Seelenblindheit, welche in dreien der Anfälle, und zwar in dem schwersten deutlich in die Erscheinung tritt, bedarf keiner besonderen Erläuterung; es sei nur auf den Umstand aufmerksam gemacht, dass diese, gleichfalls als functionelle Störung auftretende Erscheinung, jedesmal in einem Stadium des Nachlasses der Erscheinungen des Anfalls auftritt, nachdem vorher die Kranke überhaupt nichts percipirt hatte; es spricht dies ebenso wie die analoge Erscheinung im Gebiete des Gehörssinnes dafür, dass es sich dabei um quantitativ differente Zustände handelt, eine Anschauung, die Ross neuerlich für die aphatischen Störungen im Allgemeinen, früher schon Crouigneau (Etudes clin. et exp. p. l. vision mentale 1884, pag. 95), für die Rinden- und Seelenblindheit ausgesprochen. Gehen wir nun daran, auf Grund der besprochenen Erscheinungen die Frage nach der dieselben auslösenden Affection zu lösen, so können wir zuerst die Annahme einer idiopathischen Epilepsie aus nicht eingehender zu erörternden Gründen bei Seite lassen, ebenso wie die einer progressiven Paralyse, gegen welche das Fehlen des progressiven Verlaufes und der charakteristischen motorischen in den Intervallen zwischen den Anfällen nachweisbaren Störungen spricht. Dagegen drängen alle Erscheinungen der beobachteten Anfälle zur Annahme einer in der linken Hemisphäre des Grosshirns zu localisirenden, dieselben auslösenden Läsion, während wieder der Befund in den anfallsfreien Zeiten, wenn wir absehen von der als diffuse Erscheinung zu classificirenden und nur indirect mit der Läsion im Zusammenhang stehenden

Demenz zu der Annahme drängt, dass es sich um eine circumskripte Läsion handle, die derartig localisirt sein muss, dass sie keinerlei dauernde Störung motorischer, sensorischer und sensibler Functionen erzeugt, also nirgends im Bereiche der mit solchen Functionen betrauten Rindenabschnitte oder der zu diesen oder von diesen führenden Bahnen gelegen sein könne. Während der Anfälle sehen wir zuerst Reizerscheinungen, später Lähmungserscheinungen im Gebiete von Functionen, die wir gegenwärtig vorwiegend in die Rinde der Centralwindungen, des Schläfe- und Hinterhauptlappens verlegen, so dass man unter Berücksichtigung der vorerwähnten Umstände in einen zwischen diesen Localitäten gelegenen Abschnitt den Sitz der Läsion wird verlegen und annehmen dürfen, dass, da es sich nicht um eine allzukleine Läsion handeln kann, jedenfalls das Mark vielleicht auch Rindenabschnitte im Gebiete des unteren Scheitel- und hinteren Schläfelappenabschnittes von derselben ergriffen sind. Ueber die Art der so localisirten Läsion kann man sich kaum Vermuthungen hingeben; nichts spricht für Tumor oder Abscess, zumeist, namentlich mit Rücksicht auf den Befund am Herzen, dürfte an eine durch Embolie bedingte Erweichung zu denken sein, die durch zeitweise eintretende mit der Menstruation im Zusammenhang stehende Fluxionen jene weit über ihren Bereich hinausgehenden Functionsstörungen herbeifürt. Die Möglichkeit der Auslösung der sensoriellen Störungen bei dem angenommenen Sitze der Läsion leuchtet wohl ohne weiters ein, aber auch die motorischen und sensiblen, dem Typus der Rindenepilepsie entsprechenden Erscheinungen sind mehrfach als durch ähnlich gelegene Herde im Mark ausgelöst, durch Sectionsbefunde erhärtet. (Vergl. hierüber die zusammenfassende Arbeit von Rolland, De l'epilepsie Jacksonnienne 1888, pag. 112.) Eine scheinbare Schwierigkeit erwächst für die Localisation in der linken Hemisphäre aus der Seelenblindheit; allein Wilbrand (die Seelenblindheit 1887) äussert die Anschauung, dass Seelenblindheit ohne Hemianopsie als rasch vorübergehende Erscheinung auftreten wird, wenn beide optische Wahrnehmungscentren intact geblieben waren, aber das Rindenfeld für das optische Gedächtniss in der einen Hemisphäre lädirt ist. Dieser Fall scheint nun in unserem Falle vorzuliegen, indem während des Anfalles keine Hemianopsie nachzuweisen und daneben eine kurzdauernde

Seelenblindheit vorhanden ist; die angenommene Localisation der Läsion lässt gleichfalls die von Wilbrand angenommene Ausdehnung der Functionsstörung verständlich erscheinen. Das pathologisch-anatomische Correlat zu den theoretischen Ausführungen Wilbrand's liefert ein Fall von Chauffard (Revue de med. 1881, I. pag. 393, vergl. übrigens Thomsen, Charité-Annalen X, pag. 573). Nachdem wir jetzt alle Erscheinungen besprochen, welche geeignet schienen, die Ansicht vom Vorhandensein einer in der linken Hemisphäre, und zwar in der Nähe des linken Schläfelappens zu localisirende Läsion zu stützen, kommen wir jetzt zur Besprechung der Hallucinationen jenes Symptomes, das vom psychiatrischen Standpunkte unser besonderes Interesse in Anspruch zu nehmen geeignet ist.

Fassen wir die diesbezüglichen Erscheinungen zusammen, so sehen wir, wie zuerst im Anschlusse an einen Krampfanfall Hallucinationen des Gehörs und nur solche auftreten, wie dieselben in der Folgezeit wiederholt im Anschluss an rechtsseitige Krampfanfälle auftreten und nachträglich immer als ausschliesslich rechtsseitige constatirt werden können, wie einmal, ganz vorübergehend, auch linksseitige Gehörshallucinationen auftreten und wie schliesslich nach dem letzten Anfalle durch lange Zeit fast permanent andauernde rechtsseitige Gehörshallucinationen vorhanden sind, die in der letzten Zeit intermittirend auch ohne vorgängigen Krampfanfall auftreten; daneben besteht dauernd rechtsseitige hochgradigste Acusticushyperästhesie, ohne sonstige nachweisbare Ohrenaffection; einmal wird links zur Zeit des Auftretens der linksseitigen Hallucinationen ein leichter Tubencatarrh nachgewiesen, mit dessen Beseitigung auch die letzteren wieder schwinden. Während der an die Krampfanfälle anschliessenden Verworrenheit verlegt die Kranke die Ursache der Hallucinationen nach aussen, objectivirt sie, in der späteren, ruhigen Zeit verlegt sie dieselben richtig ins Ohr. (Nur nebenbei sei an die einigemal constatirte Thatsache erinnert, dass die Kranke die hallucinirte Stimme in den Rücken localisirt, was an ähnliche Thatsachen bei Schäfer [Erlenmeyer's Centralbl. 1881] und Strümpell [Neurol. Centralbl. 1882, S. 363] mahnt.)

Wir halten nun die Deutung für berechtigt, dass die in die linke Hemisphäre verlegte Läsion, respective der durch dieselbe erzeugte Reizzustand auch das Zustandekommen der

rechten Hallucinationen bedingt; dafür spricht das anfänglich wenigstens jedesmalige Auftreten derselben im Anschluss an die Krampfanfälle, das Zurückgehen derselben mit den Erscheinungen der letzteren; die rechtsseitige Acusticushyperästhesie kann gewiss nicht gegen eine solche Anschauung angeführt werden, da man sich dabei wohl eine Hyperästhesie des gesammten nervösen Gehörapparates zu denken hat, und Erb (Elektrotherapie, S. 230) erwähnt, dass man hie und da bei centralen Erkrankungen (Encephalitis, Tumor u. s. w. auf das Vorkommen von galvanischer Hyperästhesie des Acusticus stösst).[1])

Den Einwand, dass nicht auch Gesichtshallucinationen zur Beobachtung gekommen, dürfen wir wohl durch den Hinweis auf die stärkere Betheiligung der Schläfelappenfunction an den Störungen des Anfalls und das daraus zu erschliessende Näherliegen der Läsion gegen die dabei in Betracht kommenden Abschnitte des Schläfelappens als erledigt betrachten. Das einmalige Auftreten linksseitiger Gehörshallucinationen kann gleichfalls nicht gegen unsere Deutung sprechen, da der Zusammenhang mit der peripherischen Ohrenaffection zu deutlich zu Tage liegt. Sind wir nun zu der Ansicht gelangt, dass für die rechtsseitigen Gehörstäuschungen ein in der Hörsphäre der contralateralen Grosshirnhemisphäre durch eine entsprechend localisirte Läsion bedingter Reizzustand verantwortlich zu machen ist, so glauben wir über diese Schlussfolgerung nicht weiter hinausgehen zu dürfen, soll sich unsere Darlegung nicht haltlos im speculativen Sande verlaufen; ohne das Hypothetische einzelner Punkte unserer Darlegung zu übersehen, dürfen wir unsere Beobachtung als ein weiteres Glied in der noch sehr mangelhaften Reihe der klinischen Beweisstücke für den gekreuzten Verlauf der centralen Acusticusbahn bezeichnen.

Mehrere Thatsachen der seitherigen Beobachtung verdienen nachträgliche Erwähnung. Zuerst das Auftreten eines Anfalls am 11. Mai, der um $3\frac{1}{2}$ Uhr Morgens damit beginnt, dass Patientin sich entkleiden will; ob Krämpfe vorangegangen, ist nicht nachzuweisen; der herbeigeholte Arzt

[1]) Es ist vielleicht nicht überflüssig zu bemerken, dass, da die Acusticushyperästhesie schon durch die functionelle Prüfung mit aller Schärfe hervortrat und im Hinblick auf die nicht immer günstige Einwirkung des galvanischen Stromes auf Gehörshallucinationen, von einer Untersuchung mit diesem vorläufig wenigstens Abstand genommen wurde.

findet die Kranke stumpf daliegend, sie hat die Strümpfe über die Arme hinaufgezogen, jammert fortwährend in aphatischer Weise „Jesus, Jesus"! später zeigt sie deutlich partielle Seelenblindheit, Worttaubheit, gemischte Aphasie, die Motilität zeigt keine Differenz zwischen beiden Körperhälften, Sensibilität beiderseits stumpf; nach wenigen Stunden ist der Anfall vorbei.

Die zweite wichtige Thatsache ist die in den letzten Monaten rapide vorschreitende Verblödung der Kranken; früher an den häuslichen Arbeiten theilnehmend, ist sie jetzt seit längerer Zeit schon zu denselben nicht zu brauchen, sie beschäftigt sich ausschliesslich mit dem Strickstrumpfe, aber, während sie früher gut stricken konnte, bringt sie jetzt nichts zu Stande und ihre Arbeit stellt nur ein Gewirr von zerknüllten Fäden dar; auch nach der affectuösen Seite zeigt sich der Rückgang, indem sie jetzt nur selten von ihren Kindern, niemals mehr von ihrem Manne spricht und stumpf für die sie früher interessirenden Vorgänge in ihrer Umgebung ist.

In dieser letzteren Thatsache sehen wir eine ganz wesentliche Stütze für unsere Anschauung, dass es sich nicht blos um eine functionelle Störung handelt, sondern dass dem beschriebenen Symptomencomplexe eine grobe Herdaffection zu Grunde liegt, als deren diffuse Wirkung die in der letzten Zeit rascher ablaufende Hirnatrophie zu betrachten ist. Gegen die mit Rücksicht auf die Beobachtung, dass es zuweilen gelingt, durch die Luftdouche die rechtsseitigen Hallucinationen zum Schweigen zu bringen, etwa aufzustellende Ansicht von dem peripherischen Bedingtsein jener Hallucinationen wäre die gelegentlich gemachte Beobachtung anzuführen, dass auch in Folge einer unrichtig applicirten und gar nicht in die Tuba erfolgten Douche derselbe Effect erzielt wurde, es sich demnach dabei um psychischen Einfluss handelt, dessen Wirkung ganz wohl mit den hier vorgetragenen Anschauungen bezüglich unseres Falles vereinbar erscheint.

II. Epileptisches Irresein im Kindesalter.

Während das epileptische Irresein der Erwachsenen, seit es durch Samt in den Vordergrund der Bearbeitung gestellt worden, zu einem der bestgekannten Capitel der klinischen Psychiatrie erwachsen, lässt sich das Gleiche nicht von dem

epileptischen Irresein der Kinder behaupten, und ein Blick in die betreffenden Abschnitte unserer Handbücher dürfte durch das nachweislich geringe casuistische Material die Mittheilung eines einschlägigen Falles allein schon rechtfertigen.

Am 9. Juni v. J. wurde der 15jährige Thomas K. vom Lande auf die Klinik aufgenommen. Dem ärztlichen Zeugnisse ist zu entnehmen, dass der Patient aus einer hereditär durchaus freien Familie stammt, im ersten Lebensjahre eine schwere Variola überstand, sich in normaler Weise körperlich und geistig entwickelte, die Schule fleissig besuchte, gehorsam, religiös und auch umgänglich war, jedoch lieber mit Büchern als mit Spiel sich beschäftigte.

Im Frühjahre 1885 begann er plötzlich und ohne Ursache furchtsam zu werden, fürchtete sich vor allen möglichen Dingen, schreckte im Schlafe auf, blickte alle Welt finster an; nachdem dieser Zustand eine Woche angehalten, trat wieder das alte Verhalten ein. Etwa ein halbes Jahr später traten Zeichen neuerlicher Geistesstörung auf, er schlug Fenster ein, drohte mit Steinwürfen, widersetzte sich allen seinen Leuten; dann betete er wieder, sah böse Geister, commandirte Armaden, deren Befehlshaber er spielte. Da sich dieser Zustand steigerte, so dass es z. B. am 28. October zu einem Tobsuchtsanfalle kam, in welchem er jammernd um sich schlug, seine Kleider zerriss, wurde er am 15. December 1885 in die hiesige Landesirrenanstalt gebracht.

Der sehr kurzen Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass der Kranke munter salutirend zur Visite am 15. December kommt, lebhafte soldatische Bewegungen macht, einige Auskünfte jedoch mit gedämpfter Stimme gibt; zu Hause will er immer traurig gewesen sein, weil ihn die Eltern verfolgen. Die Schule will er besucht, sich jedoch nicht an den Kinderspielen betheiligt haben. Nicht beachtet, brummt der Kranke etwas vor sich hin, zeitweise zeigt er leichten, an ein gesprochenes Wort anknüpfenden Redefluss, erweist sich als unorientirt, verkennt seine Umgebung.

Am folgenden Tage springt er ängstlich vom Bette, behauptet, er sei im Kampfe, man schiesse auf ihn, commandirt, ficht mit den Armen in der Luft umher. „Ach wenn der Krieg schon aus wäre."

Vom 19. December findet sich die Notiz, dass der Kranke die letzten Nächte viel geschrien habe; an diesem Morgen sei er schwindlig geworden und darnach den Tag über verwirrt gewesen; am 24. December ist er ruhig und wird am 10. Januar 1886 genesen entlassen.

Von da ab blieb er gesund und versah als Ochsenknecht seine Arbeit zur vollen Zufriedenheit bis zum neuerlichen Ausbruche der Krankheit, die am 4. Juni d. J. erfolgte. Er hörte auf zu essen, hatte Furcht vor Gift, blickte verstört umher, wich Allen aus, sprach nichts oder drohte Rache mit dem Messer zu nehmen, zeigte auch eine Neigung zu entfliehen; vor Fremden, dem Arzte soll er scheu gewesen sein.

Am 9. Juni zur Klinik gebracht, ist er furchtbar ängstlich, jammert: „Maria, Mutter Gottes", klammert sich an den Wärter. Befragt, ob er Angst habe, verneint er es wiederholt; zeitweise sitzt er ruhig da, erzählt, den Examinirenden scharf fixirend, mit monotonem Stimmfall, seine Schwester habe ihm, während er Angst hatte, versprochen, ihn nicht zu verlassen, die habe ihn auch hergebracht; wiederholt, dass er keine Angst habe, klammert sich aber dann wieder an den Wärter, den er bittet, ihn nicht zu verlassen; er erkennt in demselben einen alten Bekannten, weiss, dass er in der Irrenanstalt, jedoch in einer anderen Abtheilung ist. Zu Bette gebracht, ist er auch Nachmittags ängstlich, beantwortet theilweise an ihn gestellte Fragen; während des Examens horcht er lauschend hin, er höre eine Stimme, er solle nach Hause, verlangt dazu fortwährend seine Kleider, wird durch die Weigerung erregt.

10. Juni. Nachts gut geschlafen, gegessen; öfters wie hallucinirend gelauscht, gelacht und geweint. Bei der Visite erkennt er den Arzt, erscheint etwas ruhiger, aber zerstreut, beachtet Fragen wenig, bald spuckt er in die Hände, bald streicht er mit denselben die Oberschenkel, dann starrt er ängstlich den Wärter an, reibt wieder mit Speichel die Volae manus, zupft bald am Taschentuche, bald an der Decke, kneift das eine und das andere abwechselnd zu, dreht sich im Bette umher, alle diese Bewegungen erfolgen mässig langsam.

Erst auf vielfache Fragen und diese wie zerstreut und abwesend wiederholend, gibt er seine Generalien an, sagt spontan: Ich liebe meine Eltern. Trotz ängstlichen Gesichtsausdruckes

leugnet er ängstlich zu sein, er sei lustig; seine Schwester habe Angst, gedroht zu haben negirt er, Alle seien seit langer Zeit gegen ihn; er habe immer Träume gehabt, die in Erfüllung gingen, er habe Vieles gesehen und gehört. Zwischendurch ist er unaufmerksam, schaut zerstreut umher, pfeift sich ein Liedchen. Vorgezeigte Gegenstände benennt er richtig, leichte Rechenexempel löst er anfänglich gar nicht, später unrichtig; starrt oft wie verloren vor sich; beim Versuch eines somatischen Examens wird er sehr ängstlich. Nachmittags wird er den Hörern demonstrirt, zeigt das gleiche Verhalten, macht schliesslich allerlei militärische Evolutionen und meint beim Fortgehen des Collegs, er habe doch irgend einen Lohn verdient.

11. Juni. Reicht dem Arzte die Hand, in weinerlichem, monotonen Singsang bringt er kindisch vor, er sein ein hübscher Junge, dann starrt er plötzlich vor sich hin, er fürchtet sich, gibt jedoch nicht an wovor, dreht sich ängstlich zum Wärter. Der Puls ist langsam, voll, gespannt, Berührung wehrt er meist ängstlich ab, meint, man möge ihn nicht schlagen; dann starrt er ins Leere; später bringt er in weinendem Singsang wieder die Erzählung vor, dass ihn seine Schwester hergebracht; ist sehr schreckhaft und reisst zuweilen die Augen weit auf. Abends ist er anfangs etwas zuthunlicher, bittet in jammerndem Tone, man möge ihn fortlassen; wiederholt oft gestellte Fragen und lässt sie unbeantwortet; läuft oft zur Thüre und dann wieder ängstlich zum Bett; starrt vor sich hin, ihm vorgehaltene Gegenstände benennt er, theils wie gehemmt, theils wie unaufmerksam erst nach längerer Pause, Zeitung liest er in der früher beschriebenen singenden Weise; bei Berührung wird er zuweilen unwirsch, dann wieder reagirt er auf einen Klapps erst nach einer Weile.

12. Juni. Etwas weniger ängstlich, anscheinend componirter, er kenne die Aerzte vom Sehen, sei drei oder vier Tage hier; greift sich während des Examens öfter an die Herzgegend; darüber befragt, sagt er, das sei seine Gewohnheit. Wird wieder ängstlich, sobald sich etwas in seiner Umgebung rührt, starrt darauf los. Bezüglich seines früheren Aufenthaltes in der Anstalt befragt, datirt er denselben auf drei Jahre zurück, gibt seine Generalien richtig an, kann jetzt auch Rechenexempel richtig lösen, erscheint jedoch noch immer nicht ganz componirt.

In den folgenden Tagen scheint er klar, ist ganz ruhig, schläft gut; am 16. Juni ist er gegen Abend ausgelassen heiter, springt umher.

17. Juni. Verschlossen.

19. Juni. Wird vor der Visite ohnmächtig; der herbeigeholte Arzt findet ihn starr vor sich hinblickend, dann beginnt er, auf die Beine gestellt, zu wanken, ist jedoch nicht bewusstlos, die Augen füllen sich mit Thränen, das Gesicht ist congestionirt, niedergesetzt, wankt er mehrmals zur Seite. Beim Untersuchen des Kniephänomens, das sehr lebhaft ist, wird er ängstlich, bittet, man möge ihn nicht fortgeben. Neuerdings aufgestellt, knickt er in den Knien ein; nachträglich wird berichtet, dass Patient vorher beim Kirchgang ungewöhnlich munter gewesen sei. In den folgenden Tagen ist er wieder componirt, zeigt partiellen Erinnerungsdefect bezüglich der letztbeschriebenen Vorgänge. Befragt, warum er früher die militärischen Exercitien gemacht, motivirt er es mit dem Schiessen, das er gehört; die Aengstlichkeit damit, dass er dachte, man würde ihm etwas zu Leide thun und er sich vor dem Tode fürchtete.

Der somatische Status ergibt ausser einem Herzfehler nur, dass Patient noch durchaus unentwickelt und gegenüber seinen Altersgenossen als in der Entwickelung zurückgeblieben bezeichnet werden muss. Zungenbisse fehlen. Sein Aussehen bessert sich in der nächsten Zeit wesentlich, er erscheint frei. Am 6. Juli Früh ungewöhnlich heiter, ausgelassen, um 9½ Uhr Vormittags Anfall mit Bewusstlosigkeit und leichten Zuckungen in den Armen, darnach zeigt er das gleiche Verhalten, wie es vom letzten Anfalle geschildert ist, namentlich wieder ängstlich; Kniephänomen sehr lebhaft, links förmlicher Klonus; die geschlossenen Augenlider zeigen ein lebhaftes Beben; zeitweise macht Patient leicht schlenkernde Bewegungen mit den Beinen. In der Nacht zum 12. Juni war Patient aufgestanden und umhergegangen und bekam darnach wieder einen kurzdauernden Anfall von etwa fünf Minuten Dauer ohne Zuckungen; am Morgen wenig zugänglich. Am 8. August wird er auf Wunsch der Angehörigen gebessert entlassen.

Als in den ersten Tagen der Beobachtung und ohne Kenntniss der anamnestischen Daten bezüglich des ersten Anstaltsaufenthaltes zu klinischen Zwecken an die Beurtheilung

des vorliegenden Falles gegangen wurde, lagen für dieselbe einerseits die den Verlauf betreffenden Angaben der Einlieferungskrankengeschichte, andererseits die bis dahin beobachteten klinischen Erscheinungen ausschliesslich psychischer Natur vor. Von vorneherein wurde nun deren völlige Uebereinstimmung mit denjenigen betont, welche wir seit Samt als für das epileptische Irresein charakteristisch kennen. Wir finden zuerst die Erscheinungen des sogenannten epileptischen Stupors, den Mutismus, das eigenthümlich Starre des Gesichtsausdrucks, die zeitweise Hemmung aller spontanen, das Widerstreben gegen alle passiven Bewegungen, das ängstliche Erstaunen in Verbindung, wenn auch nicht mit dem typischen Lächeln, so doch mit dem Leugnen der Angst bei deutlichem Vorhandensein derselben und ihr entsprechenden Delirien; wir finden weiter die typische sprachliche Reaction, Echolalie, die falschen Zeitangaben, schlechte oder ausbleibende Lösung, in späterer Zeit präcise gelöster Rechenexempel. Daneben imponirte das eigenthümliche Gemisch von unzweifelhafter Verworrenheit und damit wechselnder Lucidität.

Rechtfertigten demnach schon die klinischen Erscheinungen die sofort gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose des epileptischen Irreseins, so wurde dieselbe durch die weiteren den Verlauf berücksichtigenden Erwägungen nur noch mehr gestützt; die periodische Wiederkehr, der anscheinend plötzliche oder ziemlich rasch ansteigende Beginn, die unter günstigen äusseren Verhältnissen rasch eingetretene Beruhigung bis zur Norm konnten in jenem Sinne angesprochen werden, während die Annamese die hier beobachteten klinischen Erscheinungen noch durch den Nachweis des früheren Vorhandenseins schwerer ängstlicher Delirien und für das Alter des Patientien berechtigte Weise als rücksichtslose Gewaltthätigkeit zu bezeichnende Acte zu dem vollen Bilde des epileptischen Irreseins ergänzte.

Zur Sicherheit schien die Diagnose zu erwachsen, als aus den kurzen Notizen bezüglich des ersten Anstaltsaufenthalts der Nachweis der gegenwärtigen sehr ähnlichen Erscheinungen und eines berechtigter Weise als petit-mal zu deutenden Anfalls geführt werden konnte.

Noch bei der klinischen Vorstellung wurde die Diagnose weiter gestützt durch die militärischen Evolutionen des Kranken,

die in charakteristischer Weise mit den ängstlichen Vorstellungen desselben contrastirten und eine weitere Uebereinstimmung mit den Erscheinungen des früheren Anfalls ergaben; die spätere Angabe des Kranken, dass er sich so benommen, weil geschossen wurde, muss, da thatsächlich an dem betreffenden Tage, dem Frohnleichnamstage, aber mehrere Stunden vorher geschossen worden, wohl so gedeutet werden, dass es sich sozusagen um eine Auslösung einer latenten Disposition zu den entsprechenden Handlungen handelte.

Die Besprechung des weiteren Verlaufes kann sich um so kürzer fassen, als sie nur auf die die Diagnose sichernden Umstände hinzuweisen braucht, unter denen der partielle Erinnerungsdefect betont sei.

Interessant ist vor Allem das praepileptische Irresein in Form einer wohl als leichte maniakalische Exaltation zu bezeichnenden anscheinend plötzlich auftretenden Heiterkeit und mit seinem sonstigen Verhalten scharf contrastirenden Ausgelassenheit; ähnliche Erscheinungen praepileptischen Irreseins sind bei Erwachsenen bekanntlich öfter beobachtet worden; bemerkenswerth ist ferner, dass sich an den das praepileptische Irresein abschliessenden petit-mal-Anfall sofort das postepileptische Irresein anschliesst, das wie auch bei Erwachsenen so häufig durch offenbar übersehene Anfälle von petit-mal sich protrahirt; schliesslich die Aehnlichkeit der einzelnen Anfälle.

Der ganze Fall zeigt, dass das epileptische Irresein der Kinder, denn um ein Kind handelte es sich noch in unserem Falle, klinisch durchaus identisch dem der Erwachsenen verlaufen kann.

III. Ein Fall von Reflexpsychose nebst Mittheilungen über das sogenannte Delirium traumaticum oder nervosum und transitorischen Fussclonus.

Am 28. Mai v. J. Nachmittags wurde der 26jährige ledige Bergmann Josef H. aus dem k. k. allgemeinen Krankenhause zur Klinik aufgenommen. Dem mitfolgenden ärztlichen Zeugnisse zufolge war derselbe am 25. Mai behufs Behandlung seiner durch eine Strictur der Urethra complicirten chronischen Gonorrhoe ins Krankenhaus eingetreten, hatte jedoch zweimal Anfälle psychischer Erregung, charakterisirt durch Angst, Sinnestäuschungen, Abstinenz, aggressives Benehmen gezeigt; es wird ferner be-

richtet dass H. vor 14 Jahren von einem Baume gestürzt sei und seither eine psychische Veränderung gezeigt haben soll.

Patient wurde mit der Zwangsjacke bekleidet, in einem Fahrkorbe, den er während des Transportes fast auseinander getrieben hätte, von vier Begleitern zur Klinik gebracht, erscheint jedoch aus den Fesseln befreit heiter, harmlos und läuft ganz munter die Treppen zur Klinik hinan; zu Bett gebracht, ist er bald orientirt und gibt alsbald ziemlich correcte Anamnese, die durch später erlangte Daten erweitert etwa folgendermassen lautet: Auf dem Lande geboren, besuchte er die Schule mit gutem Erfolge, arbeitete anfänglich im väterlichen Hause, später beim Bergbau, der Vater sei an „Herzleid" gestorben, im 12. Lebensjahre stürzte er vom Baume und stottert seither, bezüglich epileptischer Anfälle ist von ihm nichts Sicheres zu erfahren, dagegen werden solche von seinen Angehörigen und Dienstherren auf das bestimmteste geleugnet. Getrunken hat er ziemlich viel, auch noch vor seinem Eintritte in's Krankenhaus, doch vertrage er viel. Vor drei Jahren acquirirte er einen Schanker und Tripper und absolvirte im April und Mai d. J. eine Schmierkur. Er habe sich nun am 25. d. M. in's Krankenhaus aufnehmen lassen, da habe man ihm Röhren (Bougies) in den Penis eingeführt, und damit die ganze „Geschichte" in den Kopf getrieben; davon, respective von dem Tripper sei sein ganzes Blut verdorben, er spüre es im ganzen Kopfe und Körper; in der letzten Nacht habe man ihn auch erdrosseln wollen, worüber er sehr ängstlich geworden sei; jetzt sei er wohl auch noch ängstlich; doch verräth sein Gesichtsausdruck keine Angst, vielmehr ist er zeitweise in aufgeräumter Stimmung, lebhaft, lächelt.

Am folgenden Tage, nachdem er gut geschlafen, lässt er sich zum Essen nöthigen, er ist zeitlich vollständig orientirt, klagt über allerlei Sensationen, namentlich Kopfschmerz, um deswillen er auch zur Klinik gekommen sei; er habe Angst vor den Aerzten im Spitale gehabt, und als man ihm bougierte, sei es ihm hinauf bis in den Kopf und die Augen gestiegen; in den Ohren habe er ein Klopfen, Läuten und Sausen gehabt; auch habe er allerlei Aengstliches gesehen, Vater, Mutter, verschiedene Figuren und Lichter, später erzählt er, die Mutter habe zu ihm gesprochen. Aus dem somatischen Status des grossen kräftig gebauten Patienten ist Folgendes zu erwähnen:

Am dorsum penis eine knorpelharte, etwas eingezogene Narbe, deutliche Vergrösserung der Cubitaldrüsen; mehrfache Plaques muqueuses, besonders an der rechten Unterlippe, Infiltrate am rechten vorderen Gaumenbogen, halbmondförmige Röthung der Arcaden, chronische Gonorrhoe, Strictur unbedeutend. Die linke Nasolabialfalte deutlicher ausgeprägt, beim Sprechen die linke Mundpartie stärker innervirt, das Patient seit dem Sturze haben will. Bei Intention zum Sprechen macht Patient, der bis dahin ruhig geathmet, eine tiefe Inspiration, dann tritt eine meist exspiratorische Hemmung ein, die Lippen, besonders die linke Hälfte derselben, gerathen in ein Beben, und explesiv werden die Laute mit dem Exspirationsstrom stossweise hervorgebracht, während des Sprechens holt Patient fast keine Luft, Augen, Pupillen frei. Kein Tremor der Zunge und Hände, Sensibilität frei, Kniephänomen lebhaft; kein Albumin im Harn, der in vollem Strahl entleert wird.

31. Mai. Keine Amnesie für die gestrige Scene, erzählt auf Befragen, dass er Stimmen gehört, zuerst ganz wirr, später eine Stimme, die fortwährend „Pepiku" (eine Abänderung seines Taufnamens); auch heute habe er schon Stimmen gehört (lauscht); klagt über allerlei Sensationen, Stechen, Prickeln in den verschiedenen Gelenken, behauptet, er habe die Nase verstopft und hat deshalb in der Nase gebohrt, bis Blut kam. Des Nachts sei es ihm auch schon im Krankenhause vorgekommen, wie wenn die Lichter sich hin- und herbewegten wie in einem Gewoge, es ziehe ihn dann empor, in die Lüfte, wie von unwiderstehlicher Gewalt getrieben. Erzählt noch nachträglich, dass er im Krankenhause neben dem Ofen gelegen habe, der tüchtig geheizt worden war.

In den folgenden Tagen ist Patient ganz ruhig, ergänzt in klarer Weise die Anamnese, zeigt Krankheitseinsicht, gesteht zu, noch zeitweise „Pepiku" zu hören; am 7. Juni ist er völlig frei und bleibt es bis zu seiner Anfangs November erfolgenden Entlassung; zu dieser Zeit sind sowohl die Erscheinungen von Lues wie die der Gonorrhoe auf entsprechende Behandlung geschwunden; ein wiederholter Catheterismus bleibt ohne Einfluss auf die Psyche.

Fassen wir die klinischen Daten des vorstehenden Falles zusammen, so sehen wir, wie bei einem wohl als nervös ver-

anlagt zu bezeichnenden Manne, dessen Prädisposition durch Hitze, Affect und wohl auch durch die floride Lues als gesteigert angesehen werden kann, plötzlich durch die schmerzhafte Bougierung einer Strictur eine durch Sinnestäuschungen, Angst und Erregung charakterisirte Psychose hervorgerufen wird; voraus gehen derselben ausgesprochene als Aura zu bezeichnende Erscheinungen, der Verlauf der Psychose ist ein remittirender, die Dauer derselben beträgt nur wenige Tage, es besteht kein Erinnerungsdefect und folgt auch keine Wiederholung des Anfalles.

Schon Griesinger hat in seinem Lehrbuche (S. 183) die Zugehörigkeit der durch heftige Schmerzen bei Disponirten erzeugten Geistesstörung zu den Psychosen in Folge peripherischer Nervenverletzung betont, und eine flüchtige Vergleichung unseres Falles mit diesen zeigt die ätiologische und klinische Zusammengehörigkeit derselben. Pathogenetisch stehen diese Fälle den Reflexepilepsien am nächsten, indem man sich die Auslösung der psychischen Erscheinungen etwa analog der Auslösung eines Krampfanfalles durch Reizung einer Cervixnarbe denken wird dürfen. Gestützt wird diese Anschauung durch die vom Kranken deutlich angegebenen Auraerscheinungen, die an das erinnern, was Griesinger bei seinen Dysthymieen, Schüle bei seiner Dysphrenia neuralgica beschrieben; speciell die letztere enthält direct als traumatische Reflexpsychosen zu benennende Fälle. (Schüle, Dysphrenia neuralgica S. 44.)

Eine unverkennbare Aehnlichkeit zeigt unser Fall auch mit dem sogenannten Delirium traumaticum oder nervosum; die hier gemachte Beobachtung eines einschlägigen, auch sonst interessanten Falles veranlasst die folgende Mittheilung:

Am 17. October 1887 wurde der 43jährige verheiratete Schneider Franz K. von der chirurgischen Klinik (Prof. Gusserbauer) zur psychiatrischen transferirt. Der Krankengeschichte war Folgendes zu entnehmen: Der Kranke war dort am 1. October behufs Necrotomie des linken Unterschenkels aufgenommen worden. Nach einem vor etwa $4^1/_2$ Jahre erlittenen Trauma hatte sich am linken Unterschenkel ein später perforirter Abscess gebildet; aus dem Status präsens ist ausser dem Vorhandensein eines beinahe gelösten Sequesters nur noch der sehr schlechte Ernährungszustand des Kranken zu erwähnen, sowie die spätere

Angabe, dass Patient psychisch nicht als abnorm aufgefallen war, richtige Anamnese mit correcter Sprache gegeben hatte; seine Angehörigen hatten nachträglich mitgetheilt, dass er bis zu seiner Verbringung ins Spital keine Zeichen von Geistesstörung gezeigt.

Nachdem am 3. October die Necrotomie unter Chloroformnarcose gemacht und Jodoformverband angelegt worden war, wurde der Kranke am folgenden Tag, ohne zu fiebern, unruhig und blieb es auch trotz Entfernung des Jodoforms. Am 5. October war der Kranke desorientirt, die Sprache wurde schwerfällig, unverständlich; dieser Zustand blieb bis zur Transferirung auf die psychiatrische Klinik stabil; der Kranke war auch Nachts unruhig, hallucinirte, sah z. B. Hunde, Katzen, bezeichnete alle Personen seiner Umgebung mit Namen aus seiner Heimat, wo er zu sein glaubte.

Am Abend zu unserer Klinik gebracht, liegt er bis Mitternacht ruhig, dann ruft er fortwährend sein Weib, hallucinirt einen Hund. Am folgenden Morgen erweist er sich als vollständig desorientirt, glaubte in seinem Heimatsorte im Spitale zu sein, will alle Personen der Umgebung kennen und gibt ihnen Namen alter Bekannten; seine Stimmung ist eine wechselnde, kein tieferer Affect. Der frühere somatische Status ist noch durch Folgendes zu ergänzen: Der Kranke ist körperlich herabgekommen, die Augen halonirt, eingefallen. Kein Tremor der Hände, Temperatur, Puls normal; linksseitige Spitzeninfiltration; der rechte Mundwinkel wird beim Sprechen und Lachen nach rechts verzogen, Zunge kein Tremor. Die Sprache ist dick, verschwommen, aber nicht stolpernd; Pupillen, Bubi frei. Mechanische Erregbarkeit der Musculatur sehr lebhaft, rechts Fussclonus. Sensibilität normal.

In den folgenden Tagen bleibt der Zustand stabil; in der Klinik vorgestellt, will er alle Hörer als seine Nachbarn wiedererkennen. Am 22. October erkennt er seine ihn besuchenden Angehörigen, glaubt auch, dass er in Prag ist; hält aber dafür, dass er anderwärts vor etwa sieben Wochen operirt worden sei.

In der folgenden Zeit ändert sich unter langsamer Heilung der grossen Unterschenkelwunde der Zustand insoferne, als mit dem sich bessernden Ernährungszustande die Sprache besser wird und zeitweise auch eine gewisse richtige Orientirung Platz

greift; doch überwiegen auch die Zeiten, wo er völlig desorientirt, seine Umgebung verkennt. Noch am 8. November ist er nicht orientirt, die Nacht über ängstlich, ruft oft nach der Frau; sein Appetit hat sich beträchtlich gehoben; er isst das Dreifache der Normalportion; vom 15. November ab ist er nun völlig klar, gibt ganz correcte Anamnese: er sei in Folge der heftigen Schmerzen verwirrt geworden. Die Sprache ist jetzt völlig normal, keine Facialisdifferenz, kein Fussklonus; wird als genesen von seiner Psychose zur chirurgischen Klinik zurücktransferirt.

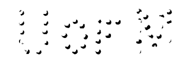
Als es sich in den ersten Tagen des Bestandes der abnormen psychischen Erscheinungen darum handelte, denselben eine klinische Deutung zu geben, lag zuerst die Annahme eines Delirium tremens nahe. Allein weder lag die entsprechende Aetiologie vor, deren Fehlen auch nachträglich von den Angehörigen bestätigt wurde, noch auch fand sich die wichtigste Erscheinung, welche als charakteristisch für dasselbe zu bezeichnen ist, das Zittern; war nun auch die Schlaflosigkeit allerdings in wesentlich milderem Grade vorhanden und hatten auch einzelne Hallucinationen eine entfernte Aehnlichkeit, so trugen doch die Delirien nicht jenes Gepräge, welches denselben beim Delirium tremens zukommt. Auch von septischen Delirien konnte nicht die Rede sein, ebensowenig sprachen die Erscheinungen für das, was man als Inanitionsdelirium im engeren Sinne bezeichnet. Unverkennbar war dagegen die Aehnlichkeit mit den Delirien, welche im Anschlusse an Kataractoperationen auftreten und die man neuerlich mit dem von Hirschberg vorgeschlagenen Namen des Delirium cataractosum bezeichnet; vom ätiologischen Standpunkte musste dagegen an das sogenannte delirium nervosum oder traumaticum gedacht werden, das auch von anderen Autoren in Zusammenhang mit dem Delirium cataractosum gebracht worden ist. Im vorliegenden Falle darf man wohl annehmen, dass einerseits die vorhandene körperliche Schwäche, also indirect wohl auch Inanition, andererseits der Schmerz zur Entstehung des Delirium mitgewirkt haben; besonders hervorstechend unter den Erscheinungen war die völlige Unorientirtheit des Kranken bezüglich seiner Umgebungen, eine Erscheinung, welche die Franzosen beim Delirium cataractosum als „depaysé" bezeichnen; dass dieselbe nichts dafür Charakterististisches, beweist eine von uns mitgetheilte Beobachtung Kahler's

(Arch. f. Psych. XV, 1. Heft) und der Fall Moeli's (Charité, Annalen VII, 1882, S. 433), in welchem anscheinend ausschliesslich Schmerzen in Folge luetischer Erkrankung des Schädels das Moment für das Delirium abgaben.

Mehrere Erscheinungen im vorstehenden Falle waren es, die in der somatischen Sphäre unsere besondere Aufmerksamkeit verdienen. Zuerst die eigenthümliche Dicke, verschwommene wohl als Lallen zu bezeichnende Sprache, die im Zusammenhalt mit dem später zu besprechenden Auftreten des Fussphänomens und der Steigerung des Kniephänomens den Verdacht einer anderen als der diagnosticirten Psychose zu erregen geeignet war. Trotzdem hielten wir von Beginn ab an der durch frühere Beobachtungen gestützten Ansicht fest, dass jene Sprachstörung nur als der Ausdruck des allgemeinen Schwächezustandes zu betrachten sei; dafür sprach einerseits die Thatsache, dass mit Sicherheit angegeben worden, dass der Kranke früher und noch vor der Operation mit wesentlich klarer Stimme Anamnese gegeben hatte, dass sich die Sprachstörung in den Tagen nach der Operation zusehends verschlechtert hatte, ferner die Beobachtung, dass man auch beim Delir. tremens solche Schwächezustände im Gebiete des Hypoglossus als Lallen und Stammeln kennt. Gesichert wurde diese Anschauung, die auch auf die einseitige Facialischwäche angewendet worden, durch die weitere Beobachtung. Noch wesentlich interessanter scheint uns die Beobachtung bezüglich der Steigerung des Kniephänomens und des Auftretens des Fussphänomens; konnte man auch bezüglich des ersteren zweifelhaft bleiben, ob dasselbe auch mit Sicherheit als relativ gesteigert anzusehen war, so konnte bezüglich des Fussclonus kein Zweifel darüber bestehen, dass hier ein pathologischer Zustand vorliege, bezüglich dessen nur, da jede diesbezügliche anamnestische Angabe fehlte, aus dem ganzen Sachverhalt festgestellt werden musste, ob es sich um eine functionelle oder grob anatomisch begründete Störung handle. Nachdem schon früher Remak (Arch. f. Psych. V. S. 830) das Vorkommen des Fussclonus bei Gelenksrheumatismus nachgewiesen, ist es namentlich Charcot (Neue Vorlesungen. Dtsch. v. Freud, S. 451), der die Erscheinung eingehender gewürdigt. Ohne auf die pathogenetische Bedeutung des Fussclonus einzugehen, lag es auf Grund jener Erfahrungen nahe, anzunehmen, dass auch andere als peri-

pherische Reize dienende Affectionen die Ursache eines, wenn auch nur vorübergehenden Fussphänomens sein könnten. Bestärkt wurden wir in dieser Erwägung durch folgende Beobachtung. Ein am 26. April 1887 zur Klinik aufgenommener Kranker (Schmiedschneider), mit den psychischen Erscheinungen der von Witkowski als melancholische Verrücktheit bezeichneten dem délire de négations der Franzosen nahestehenden Psychose, dem am 31. October 1886 ein Rad über den Fuss gegangen und dem deshalb der rechte Fuss nach Lisfranc amputirt worden war, zeigte ähnliche Erscheinungen: beträchtliche Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Musculatur gesteigerte Kniephänomene, deutlichen Fussclonus links; die Amputationsnarbe war sehr empfindlich; nach längerer Beobachtung, während der es gelang, diese Empfindlichkeit zu mässigen, war der Fussclonus verschwunden, die Kniephänomen zur Norm zurückgekehrt. Wir dürften demnach für beide Fälle wohl eine über den ganzen Rückenmarksquerschnitt verbreitete, von den Verletzungen respective Wunden ausgehende Erregung annehmen; für eine auf die entsprechende Hälfte beschränkte Erregung nach Verletzungen fanden sich nachträglich mehrfache Beweise in der Literatur; so wies de Fleury (Revue de med. 1884, II., S. 656) in mehreren Fällen von Affectionen oder Verletzungen eines Beines an dem entsprechenden Fusse Clonus transitorischer Art nach, während der zweite denselben vermissen liess; in eine Discussion der Erscheinung geht de Fl. nicht ein. Auch Delom-Sorbé (de la trépidation épileptoide provoquée, Bordeaux, 1885, p. 69 ff.) berichtet über mehrere Fälle von Verletzungen, wo jedesmal der Fuss des verletzten Beines Clonus zeigte.

Der Verlauf unseres zweiten Falles bestätigte die schon zu Beginn der Beobachtung gezogenen Schlussfolgerungen.



Hypnotische Heilmethode und mitgetheilte Neurosen.

(Frei nach einem im Wiener psychiatrischen Vereine gehaltenen Vortrage.)

Von

Dr. G. Anton,

Assistent der psychiatrischen Klinik des Hofrath Prof. Meynert.

Es sei mir gestattet, eine Patientin vorzuführen, welche seit fast Jahresfrist classische Erscheinungen einer hypnotischen Neurose darbietet und uns manches Belehrende und Warnende über die hypnotische Behandlungsweise brachte; daran schliessend, will ich einige Erfahrungen berichten, die über den Werth des Nachahmungsmomentes bei hypnotischen Zuständen Hysterischer auf der Station für Nervenkranke des Herrn Hofrath Prof. Meynert seit einigen Monaten gemacht wurden.

W .... Karoline, 32jährige Handarbeiterin aus Ungarn. Patientin stammt von angeblich gesunden Eltern. Den Vater verlor sie im 6. Lebensjahre, sie weiss von ihm nur, dass er sehr jähzornig war. Die Mutter, eine zarte Frau, litt häufig an Magenkrämpfen; Patientin verlor dieselbe im 16. Lebensjahre durch die Cholera.

W. K. will verschiedene Kinderkrankheiten durchgemacht haben; erholte sich jedoch und wies in der Schule gute Fortschritte auf. Seit früher Jugend zeigte sie grosse Vorliebe zum Theater und war vom 14. bis 16. Lebensjahre in einer Theaterschule untergebracht. Dieser Bildungsgang wurde durch den Tod der Mutter unterbrochen. Sie lebte dann in wilder Ehe mit einem Manne, der nur im Anfange ihr volles Vertrauen hatte; zwei Kinder, die sie mit ihm hatte, fesselten sie jedoch auch weiter an ihn. Die Kinder starben jedoch in zarter Jugend an „Kopfleiden nach Verkühlung" (Meningitis?). Sie kam in den ersten Jahren des Zusammenlebens darauf, dass der Mann einen Theil der Einkünfte durch Falschspiel erwerbe; das war für sie durch Jahre stete Ursache von Angst und Sorge, von Vorwürfen und Zwist. Sie wollte den Mann verlassen, dieser aber drohte ihr diesfalls mit Erschiessen.

Das dauerte bis zum 27. Lebensjahre, also eilf Jahre. Während der Zeit soll sie körperlich leidlich gesund, nur stets durch heftigen, oft wiederkehrenden Kopfschmerz geplagt gewesen sein.



Dann diente sie eine Zeitlang als Irrenwärterin, welche Thätigkeit bald durch die Blattern abgebrochen wurde; nahm dann verschiedene Dienstesstellen an und kam vor vier Jahren, noch immer vor dem Manne flüchtend, nach Wien.

Vor vielen Jahren soll sie ein Arzt in Ungarn durch Anstarren gelegentlich heftigen Kopfschmerzes zum Einschlafen gebracht haben.

Im Januar des Jahres 1887 wurde sie zum erstenmale hypnotisirt. Anfangs nützte selbst ein halbstündiges Starren auf helle Gegenstände nichts, das erstemal gelang es durch Anstarren mit den Augen seitens des Arztes; späterhin durch Streichen mit der Hand, durch Horchen auf eine monoton tickende Uhr, durch sanftes Zudrücken der Augen; zuletzt durch das Mittags- und Abendgeläute, durch vorüberziehende Militärmusik, durch Drehorgelmusik, ja sogar durch den individuell monotonen Tonfall diverser menschlicher Stimmen.

(Eine monoton sprechende Mitkranke ist daher auch jetzt der Patientin unausstehlich.)

Die Indication zur Hypnose waren ihr die unerträglichen, alle Arbeit hindernden Kopfschmerzen; sie habe sich weiterhin jedoch auch ohne diese Nöthigung hypnotisiren lassen. Häufig jedoch war sie daraufhin müde, zerschlagen, von allerlei Spannungsgefühlen in der Musculatur der Beine und Arme geplagt. Zumeist nach längerer Hypnose fühlte sie sich unsäglich verdriesslich, auch im wachen Zustande, und war der Umgebung gegenüber von einer ihr selbst nicht erklärlichen Barschheit; anderemale jedoch von einer Heiterkeit, die sie selbst als sehr ausgelassen bezeichnen muss. Das Erwachen aus der Hypnose ging damals schwer und dauerte circa eine halbe Stunde. Selbst dann war sie noch zerstreut, ging mitunter ganz falsche Wege nach Hause.

Die Erinnerung an das in der Hypnose Vorgefallene war fast ganz erloschen, obwohl das wirre Haar, die beschmutzten Kleider, die Müdigkeit sie belehrten, dass allerlei vorgegangen sein musste; in der Hypnose selbst wusste sie sich auf das in dem Vorhergehenden Erlebte (wie ihr gesagt wurde), genau zu erinnern. Im Verlaufe jedoch steigerte sich die Neigung, in schlafähnlichen Zustand zu verfallen, so bedeutend, dass sie am Spaziergange beim Glockenläuten, beim Klappern der Nähmaschine, beim Ticken der Wanduhr mitten aus der Beschäftigung umsank. Ausserdem

litt sie an heftigen Beängstigungen, die besonders Früh und Vormittags eintraten; die gewöhnlichsten äusseren Vorkommnisse erregten ihr Zittern am ganzen Körper. Bei ihrer Aufnahme auf die hierortige Abtheilung für Nervenkranke des Herrn Hofraths Professor Meynert bot sie folgenden Befund dar (28. August 1887):

Mittelgross, schwächlich gebaut, sehr abgemagert, von fahlem erschöpften Aussehen. Ueber der linken Lungenspitze spärliches kleinblasiges Rasseln. Fluor albus. Lebhaft gesteigerte Sehnenreflexe. Die Patientin erschien deprimirt mit schmerzlichem Gesichtsausdrucke, grämlich die Stirnfalten zu einem ω geformt. Flehend bittet sie um Befreiung von den Kopfschmerzen durch eine Hypnose.

Nach 15 secundenlangem Anstarren eines obenüber gehaltenen, glänzenden Gegenstandes tritt Senken und lebhaftes Zittern der oberen Augenlider ein; die Arme fallen herab, die ganze Haltung erschlafft. Dazu treten häufige Schluckbewegungen. Die Sensibilität scheint gesteigert, Patientin reagirt auf leise Stiche, wie auf heftige Schmerzempfindungen. Berührung seitens anderer Personen, selbst leise, als des Hypnotisirenden, bewirkt unwillige Abwehrbewegungen. Die Athmung dabei frequent, tief, wie bei einem vorhandenen Respirationshindernisse. Sie gibt dann prompte Antwort auf Fragen, kommt allen Aufträgen nach. Nach der Versicherung, dass ein Arm, ein Bein etc. gelähmt sei, ist sie nicht mehr im Stande, selbe zu bewegen; ob dieser Wahrnehmung mitunter schmerzliche Verzerrung der Miene. Wird die betreffende Extremität geschüttelt und deren Brauchbarkeit versichert, so bewegt Patientin dieselbe freudig hin und her. Sich selbst überlassen, bringt sie Eindrücke und Erlebnisse vor aus früheren Hypnosezuständen. Sie beginnt unaufgefordert zu declamiren, zart zu singen. Ueber frühere Erlebnisse gibt sie spontan und auf Befragen hin Mittheilungen, selbst compromittirende.

Zu passiv gegebenen Stellungen treten dazu gehörige Associationen ein. Die Hände werden ihr zum Gebete gefaltet, befragt, woran sie denke, flüstert sie feierlich: „an Gott"; bei Druck der einen Hand durch die andere ruft sie: „Grüss dich Gott, Betti", etc. Das Erwecken ist leicht durch Anblasen, durch Abreiben des Gesichtes mit nassem Tuche zu erzielen.

Darnach einige Secunden verworrenen erstaunten Umsichschauens, dann ist die Patientin völlig geordnet. Das Dictum des Arztes, dass der Arm gelähmt sei, hält in den Folgen auch im wachen Zustande nach, so dass eine neue Hypnose nöthig ist, während welcher die Wiedertauglichkeit des betreffenden Körpertheiles versichert werden muss.

Dasselbe wurde später bezüglich der Sensibilität versucht, künstliche Anästhesie erzeugt und behoben. Unterblieb während einer Hypnose die Versicherung des Arztes, dass der Kopfschmerz beendet sei, so wurde derselbe nach wie vor weiter empfunden; die Mittheilung während der Hypnose, dass der Kopfschmerz vorbei und die Stirne frei ist, liessen die Patientin beim Erwachen schmerzfrei erscheinen, heiter, mit befriedigtem Gesichtsausdrucke, einem Turgor, der auffällig abstand von der welken grämlichen Miene vor der hypnotischen Procedur und an die Veränderungen erinnerte, die bei einem abstinirenden Morphinisten durch die ersehnte Morphininjection hervorgebracht wird. Auch das Muskelgefühl erschien günstig alterirt, wie aus dem sicheren elastischen Halten und Bewegen der Patientin hervorging.

Bei länger fortgesetzter Hypnose traten Muskelspannungen ein, wobei es genügte, die Kranke sich selbst zu überlassen. Ohne dass neue hypnotisirende Reize hinzugefügt oder gar verstärkt wurden, traten diese Spannungszustände auf; zumeist contrahirte sich der rechte Arm, das rechte Bein, dann der linke Arm, das linke Bein, dazu trat kürzer oder länger ein allgemeines Zittern der Körpermusculatur.

Von einer Weiterführung dieser Zustände wurde mit Rücksicht auf den Heilungsplan Abstand genommen.

Die Hypnotisirung wurde sehr selten vorgenommen, die spontanen hypnotischen Zustände nach Möglichkeit verhindert.

Die Therapie bestand in Bettruhe, Isolirung. Massage und Muskelklopfung, einhergehend mit Uebererernährung (Weir-Mitschel). Laue Bäder bis herab zu 21° C., Bromnatrium; gegen die Kopfschmerzen suchten wir jeweilig, u. zw. mit gutem Erfolge mit Antipyrin oder Paullin sorbilis aufzukommen.

October. Patientin zeigt sich viel weniger erschöpft und hinfällig. Das Körpergewicht nimmt stetig zu. Die Kopfschmerzen und Angstzustände sind seltener und weniger intensiv. Längeres

Schlagen der Uhren, Glockengeläute an den nahen Kirchthürmen aber versetzen die Patientin noch immer in den hypnotischen Zustand, doch erwacht sie dann mitunter selbst oder es genügt ein Anrufen. Jeder Sonntag und Feiertag bringt deshalb eine Verschlimmerung ihrer Beschwerden; sie selbst sucht sich gegen den Einfluss der monotonen Gehörswahrnehmungen zu schützen, indem sie die Ohren zuhält oder rasch öffnet und schliesst, laut aus dem Gebetbuche vorliest etc.

Das Einschlafen geschieht nicht mehr so plötzlich; so vermag sie sich öfter auf eine Bank oder zum Bette zu flüchten. Sie liegt dann oft stundenlang, leise vor sich lispelnd oder auch singend. Wird sie länger in diesem Zustande belassen, so bringt sie, lebhaft gesticulirend, Lieder und Recitate aus früher Vergangenheit, verkehrt in Gesprächen mit dem früheren Hypnotiseur, reproducirt allerlei Suggestionen aus früheren hypnotischen Zuständen; springt z. B. aus dem Bette, geht wie ein Hund bellend auf allen Vieren umher, wirft mit den Steckbrettern um sich, flucht zornig. Die Stimmung wechselt dabei ganz plötzlich; bald weint sie laut, ringt die Hände, bald spielt sie lachend nach Kinderart mit den Pathenkindern, bald spricht und verkehrt sie lasciv mit nicht vorhandenen Personen. Während dieser Stadien kommt sie wie früher gegebenen Befehlen nach, nur muss während der affectuösen Zustände der Befehl einigemale eindringlich wiederholt werden. Sie verhält sich dann wie in den willkürlich hervorgerufenen hypnotischen Zuständen.

Oeffnen der Augen, kalte Abreibung des Gesichtes, mitunter der laute Befehl des Arztes bewirken ein promptes Erwachen, welches jedoch immer noch einige Minuten zu völliger Klarheit und Orientirung bedarf.

November. Nach einem Affecte verfiel Patientin in einen bewusstlosen Zustand, wobei die Gliedmassen und der Rumpf in gestreckten Zustand geriethen, Rückwärtskrümmung im Bogen, dann clonische Zuckungen, Anziehen der Beine an den Körper; rascher Uebergang in den bewussten Zustand, mit bedeutendem Ermüdungsgefühle. Diese Anfälle haben nahezu den gleichen Verlauf und das gleiche Gepräge mit den Krampfzuständen einer im selben Zimmer untergebrachten Mitkranken.

Daraufhin traten dieselben durch vierzehn Tage fast täglich auf, immer im Anschlusse an Krampfzufälle der Zimmergenossin.

Nachdem die Möglichkeit einer Transferirung in ein anderes Zimmer gegeben war, blieben nach wenigen Tagen die Krämpfe aus.

December. Die schlafähnlichen Zustände blieben wochenlang aus; statt ihrer stellten sich beim Glockenläuten Beschwerden von Drehschwindel ein. Patientin, welche ernst bestrebt ist, wieder arbeitsfähig zu werden, kam im Verlaufe von selbst auf den Gedanken, die auffrischende Wirkung der kalten Abreibungen prohibitiv anzuwenden, und zwar mit gutem Erfolge; sie eilt daher beim ersten Gemahnen zum Waschbecken und bleibt trotz Glockengeläute durch die kalten Abreibungen wach. Dieser Erfolg, welcher sie freudig überraschte, hatte jedenfalls auch eine günstige psychische Wirkung. Körperlich kräftiger und widerstandsfähiger, blieb sie in den darauffolgenden Wochen ohne alle Hilfe wach und ohne Beschwerden. So wurde sie am 20. Februar geheilt entlassen.

Wir waren also vor die Aufgabe gestellt, bei einer Hysterica mit nervöser Schlafsucht, mit spontanhypnotischen Zuständen und allen Symptomen eines allgemeinen Erschöpfungszustandes das ätiologische Moment, die Hypnose zu beseitigen, also eine antihypnotische Behandlung einzuleiten, obwohl wir gegen die einzelnen Symptome ihres Leidens durch Hervorrufen des hypnotischen Zustandes vorübergehend aufkamen.

Der Erfolg ist ein langsamer, wie bei allen chronischen functionellen Nervenerkrankungen, aber ein ganz deutlicher.

Die ganz ausserordentliche Empfänglichkeit für Schlaf machende Reize ist beträchtlich herabgesetzt, die Angstzustände haben aufgehört; die somnianten hallucinatorischen Bewusstseinsstörungen kamen im December nur noch einmal zur Beobachtung; wir legten auf ihre Verhinderung Werth, da wir, wie unten weiter ausgeführt, hierin zu Professor Rieger halten und die Gefahr einer daraus resultirenden, dauernden Fälschung des Bewusstseinsinhaltes, also eine Verrücktheit für eine sehr mögliche halten.

Bei vielen Erinnerungen, die ihr aufstiegen, konnte sie evident nicht entscheiden, ob sie irgend einem traumartigen Stadium oder dem wachen Zustande entstammen. Sie brachte daher öfter Anklagen, die sie später zurückzog.

Während sie anfangs des früheren Hypnotiseurs wie eines mächtigen, düsteren Dämons gedachte und sogar in Schauer

gerieth bei Annäherung von Personen, die nur entfernt an ihn erinnerten, ist jetzt an Stelle dieser illusionären, abenteuerlichen Auffassung eine objective gerechtere Beurtheilung getreten. Die Charakteränderung war Allen auffällig. Ihr Verhalten gegen die Umgebung und die Aerzte ist ein gesetzteres, gleichmässigeres geworden, im Gegensatze zu der ersten Zeit, wo sie keinen Mittelweg kannte zwischen übertriebener Zu- und Abneigung, und stets schwankte zwischen Entzücken und Verabscheuen.

Es haben sich in letzten Jahren zu den zahlreichen Berichten über enthusiasmirende und vielseitige Heilerfolge der hypnotischen Procedur auch beachtenswerthe Mittheilungen gesellt, welche nicht nur vor übertriebenen Erwartungen warnen, sondern auch auf bedenkliche Zufälle und selbst spätere, nachtheilige Folgen derselben aufmerksam machen.

Finkelnburg stellte am Wiesbadner Congresse 1882 einen Patienten vor, welcher sogar nach einmaliger „Magnetisirung" durch Hansen seither spontan in hypnotische Zustände verfällt.

Wiebe hat sieben zur Hypnose geeignete Fälle eigener Erfahrung streng objectiv mitgetheilt:

Drei davon waren völlig erfolglos hypnotisirt. Eine Patientin mit hysteroepileptischen Anfällen und hysterischem Schütteln liess durch stetige baldige Recidiven davon abstehen. Bei einer an Neuralgien Leidenden wurde durch die Hypnose eine psychische Alteration erzeugt, die erst nach Stunden beigelegt werden konnte.

Eine mit hysterischem Schütteln und eine an cutanen Anästhesien Leidende wurden mit Erfolg behandelt.

Fournier erzählt von einem gegen Vertigo epilepticus Hilfe suchenden Patienten, bei dem nach einigen hypnotischen Sitzungen seither häufige epileptische Krampfanfälle auftraten und von einer Hysterica, bei der nach rasch erzeugter und gut abgelaufener Hypnose bald darauf ein längerer hallucinatorischer Angst- und Aufregungszustand sich einstellte.

Auch Professor Rieger theilt beachtenswerthe Erfahrungen mit und hebt hervor, dass die Disposition schnell steigt, sowohl rasch als auch tief in den traumwachenden Zustand zu verfallen.

Er sieht in der Hypnose eine experimentell hervorgerufene Geistesstörung.

„Abgesehen, dass der Mensch regelmässig in Schlaf und Traum verfällt, lauert hinter seinem psychischen Normalzustande noch die Verrücktheit", „ihr Bild kann hervorgerufen werden durch allerlei grob materielle Störungen, Hirnkrankheit, Hirnverletzung, Intoxikationen, aber auch durch feinere Weise, durch die hypnotischen Proceduren."

Charcot selbst nennt den Zustand der Hypnose „la névrose hypnotique".

Wir haben auf der hierortigen Klinik, was wir vor der Hand nur summarisch mittheilen wollen, bei mehreren Hystero-Epilepticis, die mit schonenden und wechselnden Einschläferungsreizen (Bernheim) behandelt wurden, mit der beginnenden Hypnose die gewohnten hysterischen Anfälle eintreten gesehen.

Ich will hier auch die interessanten Selbstbeobachtungen eines geschätzten Collegen Dr. R. Friedländer mittheilen, welcher durch das wissenschaftliche Studium der hypnotischen Phänomene lebhaft angezogen, sich öfter freiwillig von berufener Seite in den hypnotischen Zustand versetzen liess.

„Nicht hereditär belastet, vorher stets gesund und durchaus nicht zu neurasthenischen Zuständen neigend, wurde ich im Winter 1880/81 in Breslau von dem Magnetiseur Hansen gelegentlich einer seiner Vorstellungen als Medium „entdeckt". In der Folgezeit wurde ich sehr häufig von den Professoren Heidenhain und Berger, die sich damals mit diesem Gegenstand beschäftigten, während zwei bis drei Monaten hypnotisirt. Wie ich beiläufig bemerke, war die Erscheinungsweise des hypnotischen Zustandes bei mir eine eigenthümliche. Nie entwickelte sich totaler Bewustseinsverlust, sondern nur ein ziemlich hoher Grad von Somnolenz und — wenn ich so sagen darf — hochgradiger Willensschwäche. Obwohl ich ziemlich deutlich wusste, was mit mir geschah und dass es sich um einen pathologischen Symptomencomplex handelte, war ich doch nicht im Stande, das Eintreten desselben zu verhindern. Ich möchte das mit einem gewissen Stadium der acuten Alkoholvergiftung vergleichen, in dem man sich wohl bewusst ist, dass man im Gehen Zickzacklinien beschreibt, aber doch nicht fähig ist, seinen Gang geradeaus zu dirigiren. Die Reihe der hypnotischen Erscheinungen spielte sich vorwiegend auf motorischem Gebiete ab. Aus der flexibilitas cerea entwickelte sich in wenigen Minuten ein hoher

Grad von tonischer Spannung der willkürlichen Musculatur, der bald in einen Anfall von tonischen und clonischen Krämpfen überging die sich schnell über den ganzen Körper verbreiteten und das typische Bild des hystero-epileptischen Anfalles darboten. Durch starke Hautreize zum normalen Zustand zurückgebracht, wusste ich alles, was mit mir vorgegangen war, konnte sogar stets angeben, in welcher Reihenfolge die Krämpfe von einem Muskelgebiet auf das andere übergegangen waren. Nie gelang es bei mir, Suggestionen hervorzurufen.

Ich hatte nun Gelegenheit, mich am eigenen Körper davon zu überzeugen, dass die häufige Einleitung der Hypnose einen entschieden verderblichen, schwächenden Einfluss auf das gesammte Nervensystem ausübt und in ihren Folgen durchaus nicht als gleichgiltig anzusehen ist. Ich machte diese Erfahrung zuerst, als ich Anfangs 1881 mit Professor Berger nach Berlin reiste, um dort vor verschiedenen Capacitäten als Medium demonstrirt zu werden. Begreiflicherweise wurde diese Zeit in ausgiebigster Weise zu hypnotischen Experimenten benützt. Damals entwickelte sich bei mir ein hochgradig neurasthenischer Zustand, dessen Symptome ich in Kürze wiederzugeben versuchen will. Neben hochgradigem allgemeinen Schwächegefühl, Eingenommenheit des Kopfes, anhaltender Schlaflosigkeit bestand ein ausgeprägtes Angstgefühl. Durch jeden Anlass das Eintreten der Hypnose fürchtend, vermied ich es ängstlich, einen Menschen in die Augen zu sehen, das Ticken einer Uhr, überhaupt ein gleichmässig sich wiederholendes Geräusch konnte ich nicht hören, von Jedem, mit dem ich irgendwie verkehrte, setzte ich voraus, dass er die Absicht hätte, mich zu hypnotisiren, wenn auch zu diesem Glauben gar keine Veranlassung vorlag. Den Anblick eines Lichtes konnte ich nicht ertragen, von jedem Theater oder Concertsaal hielt ich mich fern, weil mich der Kronleuchter störte, von dem ich fürchtete, er könne herunterfallen. Dabei bestand eine beträchtliche Erhöhung der Sehnenreflexe. Virchow, Frerichs und Westphal, die mich damals sahen, äusserten übereinstimmend, dass eine Fortsetzung der hypnotischen Versuche an mir zu nicht unbedenklichen körperlichen und psychischen Störungen führen würde. Dieselben wurden in Folge dessen abgebrochen und von diesem Zeitpunkt besserte sich mein

Zustand rasch wieder; der Kopfdruck, die Angstgefühle verschwanden nach Kurzem, ebenso das Gefühl der allgemeinen Schwäche, nur die Schlaflosigkeit blieb noch durch längere Zeit bestehen. Nach ein, zwei Jahre später kam es nicht selten vor, dass ich eine Nacht ohne irgend welche Veranlassung schlaflos verbrachte. Erst seit dem Winter 1885/86 ist diese Störung durch den heilsamen Einfluss des Militärdienstes ganz verschwunden. Als einziger Rest blieb eine leichte Steigerung der Sehnenreflexe zurück, welche noch jetzt nachweisbar ist."

Als Gegenstück zum früher erwähnten wollen wir noch anführen die Mittheilungen eines französischen Arztes in der „Gazette des hopitans", welcher die guten Erfolge verglich, die er bei Hysterischen durch Hypnose und ohne dieselbe erzielte, letzteres, nachdem er sie durch Erfolge, durch Berichte und durch sicheres imponirendes Auftreten „moralisch appretirt hat". Er kommt zu der, wie wir glauben, weitgehenden Anschauung, dass die hypnotische Procedur an Heilwirkung der moralischen Beeinflussung nichts hinzufügt.

Durch die blosse „mise-en-scène" habe er lange bestehende schmerzhafte Gelenksfixationen bald behoben; ja auch bei wachen Individuen will er auf diesem Wege Röthung und Erblassen der bezeichneten Körperstelle durch Befehle willkürlich hervorgerufen haben.

Es decken sich diese Erfahrungen wohl mit den als „wache Suggestionen" benannten Beobachtungen, deren Bedeutung nicht nur im ärztlichen Wirken, sondern auch im menschlichen Zusammenleben Bernheim gründlich hervorhob und auf deren Beziehung zum Nachahmungsmomente bei Hysterischen wir noch weiterhin zurückkommen werden.

Bernheim, der ausgezeichnete Wortführer der hypnotischen Heilmethode, hält sich dabei fast ausschliesslich an das Symptom der erhöhten Befehlsempfänglichkeit während dieses Zustandes; er pflegt durch geeignetes Zureden und Befehlen — Suggestionen am Wachenden — ohne weitere Proceduren den Schlaf zu erzeugen und zu beheben; ein gewiss schonender Vorgang. Trotzdem kann auch er die oben geschilderten Gefahren nicht in

Anmerkung. Bernheim, De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique 1885.

Abrede stellen, und seine Gegenbehelfe durch entsprechende Suggestionen haben uns meist versagt.

Er selbst hat mit seiner Methode durch Suggestion die üble Erfahrung gemacht, dass die so behandelten Individuen „auch im wachen Zustande sich suggestibles und hallucinables zeigten", also wache Befehlsautomaten werden; auch anderen Personen gegenüber als der des Hypnotiseurs.

Es ist jedenfalls ein abnormaler Zustand, in den der Patient durch die hypnotischen Proceduren versetzt wird, abnorm in den Symptomen und in den Folgen. Es liegt nicht in dem Ziele vorliegender Mittheilungen, auf Wesen und Erklärung der Hypnose überhaupt einzugehen.

Eine weitere Vorsicht beim Hypnotisiren auf den Kliniken, lehrten uns die Erfahrungen von übermässiger Empfänglichkeit (Inducirbarkeit) der Hysterischen überhaupt, wovon wir zwei Fälle wiedergeben wollen.

II. Sch .... Anna, 16jähriges Dienstmädchen aus Steiermark. Die Patientin, ein aussereheliches Kind, wurde bald von ihrer Mutter im Stiche gelassen, fand jedoch weiterhin in ihren jetzigen Pflegeeltern freundliche Fürsorge. Vom ersten bis fünften Lebensjahre soll sie an Fraisen gelitten haben, welche sich seither nicht mehr wiederholt hatten. Im siebenten Lebensjahre in die Schule aufgenommen, soll sie daselbst gute Fortschritte gezeigt haben.

Mit neun Jahren hat sie durch mehrere Wochen Angstzustände überstanden. „Es schien ihr damals, als ob die Leute ihr Böses zufügen wollten und als ob beständig Jemand hinter ihr herlaufe; in der That habe sie beim Umdrehen einen hässlichen Mann und schwarze Teufel gesehen, welche ihr folgten."

Mit dem 14. Jahre war sie genöthigt, sich den Lebensunterhalt selbst zu schaffen; sie hat dabei mancherlei Entbehrungen ausgestanden, doch war sie bis auf eine, angeblich seit dem 12. Jahre bestehende Blennorrhöa vaginae von ungestörter Gesundheit.

Am 2. September 1887 wurde sie auf der hiesigen Abtheilung aufgenommen wegen Ulcus molle und der erwähnten Blennorrhöa. Daselbst zeigte sie sich reizbar und klagte über Schmerzen im Unterleibe. Am 7. d. M. begann sie plötzlich laut, angstvoll zu schreien, rief nach der Mutter, warf sich im Bette

lebhaft hin und her, schlug heftig um sich und wurde daher auf die psychiatrische Klinik des Herrn Hofrath Professor Meynert transferirt.

Daselbst kam sie schreiend, verzweiflungsvoll sich wehrend an, beruhigte sich jedoch bald und blickte verwundert auf die neue Umgebung. Wusste sich auf die Vorgänge der letzten Stunden nur dunkel zu erinnern, „sie wisse, dass sie erregt war, sonst könne sie nichts erzählen".

Habe früher nie bewusstlose Erregungszustände gehabt. Klagte weiter über lebhafte Schmerzen in der Ovarialgegend und bei Druck auf den Uterus.

Die Schmerzen strahlten nach den Schenkeln aus, beiderseits, besonders links Coxalgien, die durch Druck auf den Trochanter gesteigert wurden.

Da die Temperatur rasch bis auf 39·5° C. stieg, so wurde bei Intactheit der übrigen Organe die gynäkologische Untersuchung erbeten. Dieselbe durch Herrn Dr. K. Fleischmann vorgenommen, ergab: Blennorhagische Endometritis, acute Oophoritis und Perioophoritis dextra Endometritis, Oophoritis dextra.

Auch früher soll Patientin zur Zeit der Menses an kolikartigen, bis in die Füsse gehenden Schmerzen im Unterleib gelitten haben.

Nach geeigneter gynäkologischer Behandlung, verbunden mit Bettruhe, ist die Temperatur eine normale geworden, die Coxalgien geschwunden, Ovarialschmerzen nur bei Druck lebhaft. Seit der Aufnahme hat sich keine Bewusstseinsstörung mehr gezeigt.

Patientin ist von behendem Wesen, rasch zum Affect geneigt, einmal heftig widersetzlich, dann von übertriebener Ergebenheit; bald ausgelassen übermüthig, bald weinerlich sentimental, knüpft an die kleinsten Erlebnisse Selbstmordgedanken und laute Vorwürfe gegen sich und die Umgebung. Im Ganzen theilnahmsvoll, hilfsbereit gegen Mitkranke.

Wird zu weiterer Behandlung auf die Abtheilung für Nervenkranke versetzt.

15. October. Nach einem Affecte, vorwiegend über den Anblick der hysterischen Zustände einer Zimmergenossin, stellten auch bei Patientin Krampfanfälle sich ein, welche täglich öfter wiederkehren. Die Anfälle beginnen mit Streckkrämpfen, unter

beträchtlicher Rückwärtsbeugung, dann erfolgen — alles genau nach Art ihrer hysterischen Nachbarin — rhythmisch schnellende Bewegungen des ganzen Körpers; die Zeitdauer beträgt circa 10 Minuten, während welcher das Bewusstsein erloschen erscheint; das Erwachen und Nachlassen erfolgt dann ziemlich plötzlich. Auch die Wiederholungen der Krämpfe werden fast immer durch die ähnlichen Zustände der Mitkranken ausgelöst. Bezüglich letzterer Ursache gibt sie an, „dass das Sehen ihr nichts schade, aber dass sie sofort in Krämpfe verfalle, wenn sie die Krampfenden höre". Sie wird daraufhin in ein Zimmer übersetzt, in welchem sich nur die oberwähnte, nicht mit Krämpfen behaftete hypnotische Patientin befindet.

1. November. Auch in der neuen Umgebung kehren die geschilderten Krampfanfälle häufig wieder. Es schliessen sich aber seit acht Tagen daran traumartige Erregungszustände. Patientin spricht mit geschlossenen Augen lebhaft vor sich zu nicht vorhandenen Personen, wechselt mit ihnen Frage und Antwort, wehrt lebhaft unziemliche Anträge der Freundin, des Geliebten ab.

In späteren Anfällen sind es Eindrücke und Erlebnisse aus jüngster Zeit, die sie — oft zu ihrem nachträglichen Aerger — genau wiedergibt.

Während es anfangs schwer war, während dieses traumartigen Zustandes ihre Aufmerksamkeit zu erzielen und mit ihr ins Gespräch zu kommen, reagirt sie weiterhin sehr prompt während ihres traumartigen Zustandes auf Ansprachen und Anordnungen von aussen. Sie theilt auf Befehl allerlei Erlebnisse mit, die sie sonst verschwieg; steigt bei Aufforderung aus dem Bette, kommt mit verschlossenen Augen auf den Arzt zu; die Versicherung, dass der rechte Arm steif ist, bewirkt Steifheit desselben, die Versicherung, dass der Arm gelähmt ist, bewirkt Lähmung daselbst.

Selbst ihre Ovarialschmerzen, über die sie noch zuvor im Wachen und im Traumreden klagte, konnten für einen halben Tag „hinwegbefohlen" werden.

Auf lebhaften Befehl hin trat Augenöffnen und Erwachen ein. Das letztere kam auch spontan zu Stande, oder beim Aufheben der Augenlider, beim Anblasen, bei kaltem Abreiben.

Hervorgehoben muss werden, dass während dieses ganzen also geschilderten Zustandes, mit Ausnahme der Gesichtshaut,

cutane Anästhesie bestand, dass sehr stark schmerzhafte und unvermuthete Reize keinerlei Reaction hervorbrachten, während mit dem Momente des Augenöffnens und Erwachens die sonst sehr wehleidige Kranke auf gleiche Reize sofort mit lautem Schreie antwortete.

Uns schien der letztere Umstand bei dem simplen empfindlichen Mädchen sehr gewichtig gegen Simulation zu sprechen. Die Kranke, welche in andere Umgebung transferirt wurde, ist seither sechs Wochen von allen Anfällen frei.

Ich will daran schliessen den kurzen Auszug aus der Geschichte einer Kranken. Fr. A., 15jähriges Lehrmädchen aus Sobieslau, welche vom 4. August bis 5. December 1887 auf der hierortigen Nervenabtheilung mit gehäuften hysterischen Anfällen in Behandlung stand. Sie zeigte sich während derselben complet anästhetisch, die gesammte Körpermusculatur in tetanischer Spannung, welche nach circa 10 Minuten mit einigen lallenden Exspirationsstössen sich behob, häufig durch Druck auf beide Schläfegegenden coupirt werden konnte. Daraufhin stellte sich auch sofort das volle Bewusstsein wieder her. Zurückblieben aber in den Anfallspausen ein mässiger Nystagmus, choreatische Bewegungen des Kopfes und der beiden oberen Extremitäten, quälende Schwindelgefühle und complete Anästhesie der Conjunctiva bulbi et palpebrarum beiderseits.

Am dritten Tage ihres Hierseins kam eine zweite Patientin R. P . . . mit schweren hystero-epileptischen Krämpfen in dasselbe Zimmer zur Aufnahme; sie warf sich mit unglaublicher Kraft in die Höhe, schlug, wie mit Absicht, nach harter Unterlage suchend, ihren Kopf mit dem Hinterhaupt mit gewaltigen, rhythmisch hämmernden Bewegungen dröhnend gegen die Bettpfosten, riss mit wild verzerrter Mimik die Haare sich schopfweise aus, indem sie ihre Hände mit kaum zu lösender Gewalt darin verstrickte.

Der erregende Anblick dieser oft sich wiederholenden Anfälle schien die erste Patientin F . . . . anfangs nicht sehr zu rühren.

Den nächsten Vormittag aber bei der Visite hatte sie Anfälle, welche, ganz von den früheren im Gepräge verschieden, nichts Anderes boten als eine etwas massvollere Copie der Anfälle ihrer mitkranken P. . . .

Im Verlaufe der nächsten Tage wurden die Krämpfe einer von Beiden sofort zum Signal desselben Ereignisses bei der Anderen, so dass beide fast stets zu gleicher Zeit dieselben Anfälle darboten. Bei Beiden war während der Anfälle das Bewusstsein erloschen. Als die Patientin R. P. wegen acuter hallucinatorischer Zustände auf die psychiatrische Abtheilung transferirt wurde, stellten bei der Patientin F. nach wenigen Tagen in Uebergängen die Anfälle in ihrer früheren Form nach sich wieder her.

Sie behielt aber weiterhin die Neigung, oder vielleicht besser gesagt die Nöthigung, Krampfanfälle Anderer nachzubilden, wobei sie die auffallendsten Symptome getreulich copirte.

Zwei derselben, die forcirte Rückwärtsbeugung und das Wiegen des ganzen Körpers im Bette hat sie von zwei Patientinnen dauernd angenommen und, wie wir im Auszuge der Krankengeschichte über die Sch. mittheilten, auf diese übertragen. Die Anästhesie der cornea blieb fortbestehen. Diese beiden Kranken attachirten sich sehr rasch aneinander. Die Sch., die immer den hypnotischen Zuständen der W. beiwohnte, versuchte nun durch einen Glasknopf ihre Kameradin scherzweise zu hypnotisiren; der Effect war, wie sie reuig gestand, ein rascher und unerwarteter. Die F. fiel in ihre Krämpfe, hatte daranschliessend dieselben somnianten Zustände wie die Sch. einhergehend mit vollständiger cutaner Anästhesie des Rumpfes und der Extremitäten und bedeutender Ueberempfindlichkeit im Gesichte; Zustände, welche sich seither an jeden Krampfanfall schlossen, der hier zur Beobachtung kam.

Dass der Anblick hysterischer, sagen wir kurzweg krampfartiger Zustände bei geeigneten Personen, besonders Frauen, Anfälle auslöst, ist nicht nur ein oft berichtetes, sondern wohl von jedem Arzte beobachtetes Ereigniss.

Die von Charcot in ein System gebrachte und den Curen Weir-Mitschell und Playfair etc. zu Grunde liegende souveräne Heilmethode bei hysterisch-nervösen Zuständen, die Isolirung, basirt zum Theile auf dieser Thatsache.

Bei dieser Uebertragung spielen Affectzustände (insbesondere Schreck, weniger das Mitleid) des zweiten Individuums jedenfalls eine gewichtige Rolle; doch ist dies ätiologische Moment nicht ausreichend und auch nicht unentbehrlich.

Dass aber complicirte hysterische Zustände bei Anderen durch den Anblick nicht nur ähnliche, sondern fast getreue Copien erzeugen, spricht wohl sicher für einen Nachahmungsvorgang im weiten Sinne des Wortes. Diese Nachahmung ist keine gewollte, sondern ohne, vielleicht gegen den Willen erzeugte, also eine Zwangsnachahmung. Mit Absicht und Willkür hätte das oberwähnte, simple Landmädchen gewiss nicht die Copien so vollendet zu Stande gebracht; ausserdem konnten wir mit Gewissheit constatiren, dass das Bewusstsein erloschen war; die Nachahmung complicirter Zustände erfolgte also nicht nur unbewusst, sondern in ganz bewusstlosem Zustande, einem Zustande, der wohl Erinnerungen aus dem Wachen zum Ausdrucke brachte, aber keine zurückliess.

Es steht dies im Einklange mit der alltäglichen Beobachtung, dass Absicht, Willkür, Ueberlegung die directe Nachahmung wenn nicht ausschliessen, so doch behindern; dass unwillkürliches Bemerken und Ueberraschtwerden dem Eintreten des „Nachahmungsreflexes" günstiger sind.

Dies gilt bezüglich der eben vollzogenen erlebten Eindrücke, als auch bezüglich der reproducirten Bewegungsvorstellungen.

Die mimischen Mitbewegungen, besonders des Gesichtes, sind wohl ein Feld, auf dem Jedermann hiefür leicht die subjective und objective Bestätigung finden kann. Meynert[1]).

Wundt und Andere machen auf die grosse Bedeutung aufmerksam, die den meist unwillkürlichen Nachahmungen zukommt beim Erziehen und Sprechenlernen und Fortschreiten der Kinder und ganzer Völker.

Preyer gibt an, dass die ersten Andeutungen von Nachahmungsbewegungen (Versuche) beim Säugling schon Ende der 15. Woche vorhanden waren, welche erst im siebenten Monate ganz deutlich wurden. Diese betreffen anfangs nur die früher schon geübten spontanen einfacheren Bewegungen, später aber mit der immer mehr sich spannenden Aufmerksamkeit kommen complicirtere und neue Leistungen hinzu. Schon im 15. Monate constatirte er, dass die von selbst auftretenden Nachahmungen genauer copiren, als die vom Kinde verlangten. „Der zu stark angespannte Bogen schiesst über das Ziel hinaus."

---

[1]) Meynert, Mechanik der Physiognomik 1888.

Die Nachahmungsäusserungen nehmen von da an merklich zu, so dass die Kinder von zwei bis vier Jahren, wie Jedermann weiss, die verschiedensten Bewegungen, zwecklose und zweckmässige überraschend schnell acceptiren.

Preyer selbst vergleicht ihr Verhalten mit den hypnotisirten Nachahmungsautomaten.

Er begrüsst die imitativen Bewegungen als den ersten Beweis der Functionirung des Grosshirns, speciell der Rinde.

„Denn um nachzuahmen, muss man erst sinnlich wahrnehmen, zweitens eine Vorstellung des Wahrgenommenen haben, drittens eine dieser Vorstellung entsprechende Bewegung ausführen."

Wir wollen die corticale Betheiligung nicht in Abrede stellen und können uns beim fertigen Menschen überhaupt keinen Zustand denken, der die Thätigkeit und Mitwirkung der Grosshirnrinde völlig eliminiren könnte, sondern müssen ein nur nach Oertlichkeit und Intensität schwankendes, aber stetes Functioniren derselben annehmen. Damit aber ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass Nachahmungsbewegungen auch unbewusst ablaufen können und dass die ersten Anfänge des Nachahmungsmechanismus wohl schon subcortical vorgebildet sind. Sehen wir ab von den durch das Retinabild uns übermittelten Bewegungsbildern und halten wir uns an die wichtigste Summe von Nachahmungsleistungen, an die Sprache.

Da führte uns Meynert[1]) in überzeugender Weise vor, „wie in der Medulla die Acusticuskerne die ganze Länge jener motorischen Ursprungsmassen flankiren, aus welchen die Nervenwurzeln für den klangbildenden Apparat hervorgehen, an welchem sich der Nervus facialis, hypoglossus, vago-accessorius und die Athmungs-, besonders Ausathmungscentren betheiligen; hierdurch ist ein Herd gegeben, der in seiner Function die Grundlage der für alles, was sich Sprache nennen lässt, vorbedingten Nachahmung von Lauten enthält". Es werden also erregender Klang, Muskelinnervationen und erregter Klang nun auch in der Hirnrinde associirt. Und so werden uns auch von der Netzhaut aus Bewegungsbilder und Bewegungsinnervationen übermittelt, anfangs primitiv, dann complicirter und im Cortex associirt.

---

[1]) Meynert, Psychiatrie 1884.

Sowohl vom Gesichts- als vom Gehörssinn aus können unzählige zwecklose und zweckmässige Nachahmungsbewegungen hervorgerufen werden. Die letzteren werden wohl als die oft wiederkehrenden und daher oft geübten dauernd den Platz behaupten; erstere aber sind auch noch beim Erwachsenen, wenn auch gehemmt und abgeschwächt, nicht als Bewegungsacte, wohl aber als Innervationsgefühle nachweisbar.

Dass die Hystericae, wie auch in unserem Falle in den Krämpfen gerade die auffallendsten und leidenschaftlichsten Ausdrucksbewegungen mit Vorliebe nachbilden, mag zum grossen Theile mit der allgemeinen Erfahrung zusammenzustellen sein, dass alle mit Affectbetonung einhergehenden Erlebnisse besonders dauernd und leicht reproducirbar bleiben.

Friedreich beschrieb als „coordinirte Erinnerungskrämpfe" eine Reihe von zwangsartigen Bewegungen, die einmal einhergehend mit Affect und Ueberanstrengung ausgeführt wurden und seither bei den jugendlichen Individuen als „unwillkürliche, krampfartige Wiederholungen" bei erhaltenem Bewusstsein sich einstellten. Auch durch die hier mitgetheilten Erfahrungen bei Hypnotischen und Hysterischen wollen wir seinen allgemeinen Ausspruch stützen, „wenn ein psychischer Eindruck in der Substanz unseres bewussten Vorstellungsvermögens oft einen Zustand hinterlässt, vermöge dessen die Erinnerung auch gegen unser Wollen in der Seele auftaucht, so wird man hier auch von einem Gedächtnisse der motorischen Centralapparate sprechen dürfen".

Mittheilungen über die Wirkungen des Amylenhydrats bei Geisteskranken.

Von

Dr. Heinrich Schlöss

Secundararzt der n. ö. Landes-Irrenanstalt in Wien.

Im Juli 1887 wurde von Professor v. Mering auf ein neues Hypnoticum, das Amylenhydrat, aufmerksam gemacht[1]. Er hatte schon zwei Jahre früher im Verein mit Thierfelder die hypno-

[1]) „Das Amylenhydrat, ein neues Schlafmittel und dessen Anwendung in der Medicin", von Prof Dr. J. v. Mering. (Therapeutische Monatshefte, Juli 1887, Heft VII).

tische Wirkung dieses tertiären Alkohols an Kaninchen und Hunden beobachtet[1]) und war dadurch veranlasst worden, dessen physiologische Wirkung auf den thierischen Organismus zu erforschen. Er kam zu dem Resultate, dass das Amylenhydrat in entsprechender Gabe hypnotisch wirke, ohne die Functionen der Athmung zu modificiren, ohne die Herzthätigkeit zu beeinflussen; in mittleren Gaben wird das Grosshirn, in grösseren Rückenmark und Medulla oblongata afficirt, „die Reflexe verschwinden, die Athmung sistirt, und zuletzt erfolgt Herzstillstand". v. Mering versuchte das Mittel auch an Menschen und constatirte, dass nach 3 bis 5 Gramm im Verlaufe einer halben Stunde ruhiger, erquickender Schlaf in der Dauer von 6 bis 12 Stunden eintrete, ohne dass sich darauf üble Nebenwirkungen einstellen.

Angeregt durch v. Mering, wurde an Professor Jolly's Klinik dieses Schlafmittel bei 80 Geisteskranken in 1050 Einzelnversuchen angewendet. Dr. C. Scharschmidt,[2]) der diese Versuche controlirte und die Wirkungen des Amylenhydrats mit denen des Chloral, Urethan und Paraldehyd verglich, kam zu folgendem Resultat: „Der tertiäre Amylalkohol oder das Amylenhydrat hat sich in der psychiatrischen Praxis als Schlafmittel vorzüglich bewährt. Es kann gegenüber dem Chloral auch bei Herzkranken ohne Gefahr verwendet werden, und afficirt nicht den Darmcanal. Es steht über dem Urethan, da es auch bei schwereren Aufregungszuständen Schlaf herbeiführt. Ja, es darf sogar dem Paraldehyd den Rang streitig machen, da es nicht die Nachtheile des letzteren in Bezug auf Geruch und Geschmack aufweist."

Das Amylenhydrat wurde ferner noch an der medicinischen Universitätspoliklinik des Herrn Professor Schreiber zu Königsberg in Preussen versucht, und die Resultate von dem Assistenzarte Dr. Franz Gürtler publicirt.[3]) Letzterer hat das Amylenhydrat in 61 Fällen verschiedenster Krankheitszustände und

---

[1]) „Das Verhalten tertiärer Alkohole im Organismus", von H. Thierfelder u. J. v. Mering. (Zeitschrift für phys. Chemie, Band IX, 1885).

[2]) „Ueber die Verwendbarkeit des Amylenhydrats als Schlafmittel insbesondere bei Geisteskranken", von Dr. C. Scharschmidt, therapeutische Monatshefte. Sept. 1887, Heft IX.

[3]) „Ueber die Wirkung des Amylenhydrats als Hypnoticum", mitgetheilt von Dr. Franz Gürtler. Berliner klin. Wochenschr., 6. Februar 1888.

verschiedensten Alters als Schlafmittel versucht. Er fand als mittlere, wirksame Dosis 3·5 Gramm; zuweilen genügten schon geringere Dosen, zuweilen musste er bis zu 6·0 Gramm steigen. In einem Falle nahm ein Alkoholiker 7·0 Gramm ohne nachträglichen Schaden. Bei Kindern unter einem Jahre gab Gürtler 0·2 Gramm pro dosi, bei älteren bis zu zehn Jahren stieg er bis zu 0·6 Gramm. Auf Grund der Ergebnisse seiner Versuche glaubte Gürtler das Amylenhydrat als Hypnoticum bestens empfehlen zu dürfen.

v. Mering und Dr. Scharschmidt haben das Amylenhydrat sowohl innerlich, als auch per Klysma verabreicht; Gürtler hat ebenso wie wir nur dessen innerliche Anwendung versucht.

Wir haben das Amylenhydrat in Dosen von 3·0 und 3·5 Gramm bei schlaflosen und unruhigen Geisteskranken männlichen Geschlechtes, ausserdem Dosen von 1 Gramm bei zwei Epileptikern, bei welchen wir nur den Einfluss dieses Medicaments auf die Häufigkeit der Anfälle erproben wollten, angewendet.

In den ersteren Fällen gaben wir das Amylenhydrat in folgender Receptform:

Rp.: Amylenhydrati: 3·00 (3·50)
Aqu. dest. 30·00
Extr. liquiritiae 10·00.

Bei den beiden Epileptikern wurde das Amylenhydrat in Gelatinkapseln, deren jede 1 Gramm dieses Hypnoticums enthielt, verabreicht. In allen Fällen wurde die Dosis in einmaliger Gabe um 8 Uhr Abends gegeben. Nur jene Zeiten, in welchen fester und ruhiger Schlaf zu beobachten war, wurden in den folgenden Tabellen berücksichtigt:

1. Fall.

44jähriger, mit chronischem Wahnsinn behafteter Kranker, der sich seit acht Jahren in der Anstalt befindet. Lebhafte Gehörs- und Gesichtstäuschungen, tiefe Verworrenheit. Der Kranke führt laute Selbstgespräche, die er mit lebhaften Gesten begleitet. Ende November 1887 Zunahme der Erregung, vollständige Schlaflosigkeit. Am 3. December 1887 3 Gramm Amylenhydrat; dasselbe Quantum durch elf Tage hindurch täglich zur selben Stunde (8 Uhr Abends).

Am	Schlaf trat ein um	Schlaf dauerte	Unterbrechungen des Schlafes
3/XII.	1/4 11 Uhr	6 Stunden	1
4 „	1 „	4 „	—
5 „	10 „	5 „	—
6 „	11 „	6 „	—
7 „	12 „	5 „	—
8 „	1/4 10 „	6 1/4 „	—
9 „	1/2 11 „	4 1/2 „	1
10 „	1/2 12 „	4 „	1
11 „	1/2 1 „	4 1/2 „	—
12 „	1/2 10 „	6 „	1
13 „	12 „	3 „	—

Bei diesem Kranken war schon nach etlichen Tagen eine Veränderung seines psychischen Verhaltens bemerkbar. Still und in sich versunken sass der sonst so lebhaft sprechende und gesticulirende Patient da. Schon am fünften Tage ungefähr wurde jedoch ein Collaps bemerkbar, der succesive so zunahm, dass das Amylenhydrat nach elf Tagesdosen zu je 3·0 Gramm ausgesetzt wurde. Bei der darauffolgenden Behandlung des Kranken mit Paraldehyd (in Dosen von 3·0 bis 5·0 Gramm) wurde derselbe zwar in den schlaffreien Zeiten lebhafter, schlief aber durchschnittlich — wie aus der uns zur Verfügung stehenden Tabelle hervorgeht —, ebenso lange und ebenso ruhig und erholte sich dabei ziemlich rasch.

2. Fall.

46jähriger Paralytiker, seit Jahresfrist krank; von November an steigende Erregung, seit Ende November völlige Schlaflosigkeit. Vom 4. December an durch 12 Tage je 3·0 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Der Schlaf dauerte	Unterbrechungen des Schlafes
4/XII.	3/4 9 Uhr	5 1/4 Stunden	2
5 „	12 „	3 „	—
6 „	3/4 9 „	1 3/4 „	—
7 „	10 „	6 1/2 „	1
8 „	1/2 9 „	4 3/4 „	—
9 „	10 „	6 1/2 „	—
10 „	1/2 9 „	6 1/4 „	—
11 „	12 „	4 1/2 „	—
12 „	1/2 9 „	6 1/4 „	1
13 „	1/2 9 „	7 1/2 „	—
14 „	1/2 9 „	5 1/2 „	1
15 „	10 „	5 1/4 „	2

Auch dieser Kranke verfiel während dieser Zeit körperlich allmählich, trotzdem er ruhiger wurde und seine Nahrung regelmässig zu sich nahm. Es entwickelte sich bei ihm ein eigenthümlicher Dämmerzustand, der Kranke war eigentlich nie bei vollem Bewusstsein. Nach zwölfmaligen Tagesdosen von je 3·0 Gramm wurde das Amylenhydrat ausgesetzt und wie bei dem ersten Kranken Paraldehyd gegeben. Wir hatten auch hier denselben Effect: Die hypnotische Wirkung des Paraldehyds kam zur Geltung, der Kranke war jedoch in den schlaffreien Zeiten weit frischer und munterer und erholte sich körperlich. Nachdem zehn Tage hindurch Paraldehyd gegeben worden war, wurde auch dieses ausgesetzt. Seitdem ist der Kranke im Ganzen ruhiger und schläft — wenn auch mit Unterbrechungen — ohne Hypnoticum.

3. Fall.

33jähriger Paralytiker, hochgradig erregt. Der Kranke zerreisst Kleider und Bettzeug, muss in der Zelle im Seegras gehalten werden. Vollkommene Schlaflosigkeit bei beständiger Aufregung. Vom 5./XII. durch 5 Tage je 3·0 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Der Schlaf dauerte	Unterbrechungen des Schlafes
5/XII.	11 Uhr	1 Stunde	—
6 „	9 „	5 „	—
7 „	9 „	9 „	—
8 „	9 „	5 „	—
9 „	9 „	9 „	—

Bei diesem Kranken hatte sich im Verlaufe dieser wenigen Tage ein Zustand entwickelt, der einen höheren Grad des oben geschilderten repräsentirt. Am 9. December fanden wir den Kranken Morgens in der Zelle liegen, das Gesicht dem Boden zugekehrt, Arme und Beine weit ausgestreckt, leise unverständliche Worte murmelnd. Auf Fragen reagirte er nicht, liess sich willig mit einem Hemd bekleiden und zu Bette bringen. Von einer Bisswunde an der linken Schulter aus begann sich eine Phlegmone zu entwickeln, welcher Patient nach etlichen Tagen erlag, ohne dass sich eine neuerliche Aufregung eingestellt hätte.

4. Fall.

38jähriger Patient, seit Mitte September nach einem schweren Schädeltrauma aufgeregt, isolirt. Vollkommene Schlaflosigkeit·

Der Kranke war während der Erregung stark abgemagert. Vom 4. December 1887 an durch vier Tage je 3 Gramm Amylenhydrat

Am	Schlaf trat ein um	Schlaf dauerte	Unterbrechungen des Schlafes
4/XII.	1/2 11 Uhr	5 Stunden	—
5 „	10 „	8 „	—
6 „	1/2 9 „	2 „	—
7 „	9 „	1 „	—

In den schlaffreien Zeiten war der Kranke ruhiger. Er blieb im Bette und duldete die Leibwäsche. In der Nacht vom 7. auf den 8. trat ein Collaps ein; trotz sofortiger Anwendung von Excitantien starb der Kranke um 8 Uhr Morgens.

5. Fall.

50jähriger Paralytiker. Patient tief verworren, aggressiv, duldet keine Kleider. Beständige Unruhe, schlaflose Nächte. Vom 24. Jänner an täglich 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Der Schlaf trat ein um	Dauer des Schlafes	Unterbrechungen des Schlafes
24/I.	1/2 9 Uhr	9 1/2 Stunden	—
25 „	10 „	8 „	—
26 „	9 „	9 „	—
27 „	Schlaflos und unruhig		
28 „	9 „	9 „	—
29 „	10 „	7 „	—
30 „	10 „	8 „	—
31 „	10 „	6 „	—
1/II.	Schlaflos und unruhig		
2 „	10 „	7 „	—
3 „	Schlaflos und unruhig		
4 „	9 „	8 „	—
5 „	1/2 9 „	5 1/2 „	—
6 „	9 „	2 „	—
7 „	Schlaflos und unruhig		
8 „	9 „	5 „	—
9 „	11 „	7 „	—
10 „	1/2 10 „	7 1/2 „	—
11 „	9 „	2 „	—
12 „	Schlaflos und unruhig		
13 „	9 „	2 „	—
14 „	9 „	3 „	—
15 „	1/2 9 „	3 1/2 „	—
16 „	9 „	9 „	—

Der Kranke war im Laufe der letzten Tage auch in den schlaffreien Zeiten ruhiger geworden, duldete seine Leibwäsche und blieb auf seiner Liegestätte; jedoch auch hier hatte sich ein schwerer Collaps entwickelt, der in den drei folgenden Tagen

trotz Aussetzung des Amylenhydrats zunahm, und endlich zum Exitus führte.

6. Fall.

64jähriger Patient, Paralytiker, seit August in der Anstalt, seit etlichen Wochen wegen steigender Unruhe isolirt. Am 14. und 15. Februar je 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Der Schlaf dauerte	Unterbrechung des Schlafes
14/II.	9 Uhr	8 Stunden	—
15 „	1/2 9 „	9 1/2 „	—

Pat. war am 16. Februar so weit beruhigt, dass das Amylenhydrat ausgesetzt werden konnte.

7. Fall.

39jähriger Paralytiker, von sehr kräftigem Körperbau. Pat. wurde am 30. Jänner a. c. in die Anstalt aufgenommen. Gleich in der ersten Nacht war er lärmend und aggressiv, musste isolirt und am folgenden Tage, um einer Selbstbeschädigung vorzubeugen, in die Polsterzelle gebracht werden. Vollkommene Schlaflosigkeit bei beständiger Unruhe. Vom 1. Februar an je 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Der Schlaf dauerte	Unterbrechung des Schlafes
1/II.	1/2 9 Uhr	8 1/2 Stunden	—
2 „	1/2 9 „	9 1/2 „	—

Am nächsten Tage war der Kranke ruhiger, wurde aus der Polsterzelle gegeben; verfiel jedoch im Laufe der folgenden Tage successive wieder in den oben geschilderten Zustand, so dass er abermals in die Polsterzelle kam. Vom 7. Februar an wieder 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Dauer des Schlafes	Unterbrechungen des Schlafes
7/II.	9 Uhr	8 Stunden	—
8 „	9 „	9 „	—

Am 9. Februar war Patient tagsüber ruhig; das Amylenhydrat wurde ausgesetzt. — Während der Nacht Schlaflosigkeit und Unruhe, welch letztere im Laufe des Tages zunahm. Am 10. Februar wieder 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Dauer des Schlafes	Unterbrechungen des Schlafes
10/II.	9 Uhr	9 Stunden	—

11. Februar Patient tagsüber ruhig; Amylenhydrat ausgesetzt. In der Nacht Schlaflosigkeit und Unruhe, am nächsten Tage Erregung. Abends 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Dauer des Schlafes	Unterbrechungen des Schlafes
12/II.	9 Uhr	8 Stunden	—

13. Februar Patient war beruhigt, jedoch körperlich so geschwächt, dass er sich nicht auf den Beinen erhalten konnte. Er wurde zu Bette gebracht, blieb die folgenden Wochen, ohne wieder erregt zu werden, liegen und ging endlich an einer Pneumonie zu Grunde.

8. Fall.

51jähriger Patient, Tabes dorsualis, Dementia paralytica. Patient schwachsinnig, ruhig, beständig in heiterer, euphorischer Stimmung. Seit Anfangs Februar a. c. Schlaflosigkeit; vom 16. Februar an je 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Dauer des Schlafes	Unterbrechungen des Schlafes
16/II.	10 Uhr	$5^1/_2$ Stunden	—
17 „	9 „	9 „	—
18 „	9 „	9 „	—

Vom nächsten Tage an wird das Amylenhydrat auf Wunsch des Kranken ausgesetzt. Patient schläft auch in den nächsten Tagen gut. Seitdem nimmt er wiederholt, wenn Schlaflosigkeit sich einstellt, obige Dosis, welche bei ihm immer prompt wirkt und selbst für die nächstfolgenden Tage die Schlaflosigkeit behebt.

9. Fall.

44jähriger Paralytiker, blödsinnig, unrein. Mitte December vorigen Jahres wurde der Kranke zeitweilig aufgeregt, so dass seine temporäre Isolirung nothwendig war. Seit Ende Jänner wachsende Aufregung, vollständige Schlaflosigkeit. Vom 7. Februar an täglich 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Dauer des Schlafes	Unterbrechungen des Schlafes
7/II.	1/2 1 Uhr	1 1/4 Stunden	—
8 „	1/4 10 „	4 1/4 „	—
9 „	3/4 10 „	7 1/4 „	—
10 „	9 „	8 „	—
11 „	12 „	2 „	—
12/II.	10 Uhr	7 Stunden	—
13 „	1/2 10 „	6 1/4 „	1
14 „	4 „	1 „	—
15 „	3/4 10 „	3 3/4 „	—
16 „	1/2 10 „	6 1/2 „	—
17 „	1/2 10 „	5 1/4 „	—
18 „	1/2 11 „	5 1/2 „	—
19 „	12 „	5 „	—
20 „	1/2 12 „	4 „	—
21 „	1/2 11 „	6 1/7 „	—
22 „	1/2 3 „	2 1/2 „	—
23 „	1/2 10 „	7 1/4 „	1

Das Amylenhydrat wird fortgesetzt; tagsüber ist der Kranke ruhig, apathisch, sein körperlicher Zustand befriedigend.

10. Fall.

54jähriger Paralytiker. Apathischer Blödsinn. Ende Februar steigende Unruhe, Schlaflosigkeit. Vom 2. März an 3·5 Gramm Amylenhydrat.

Am	Schlaf trat ein um	Der Schlaf dauerte	Unterbrechungen des Schlafes
2/III.	Schlaflos und unruhig		
3 „	9 Uhr	6 1/2 Stunden	1
4 „	1 „	4 „	—
5 „	9 „	5 „	2
6 „	10 „	3 1/2 „	—
7 „	12 „	4 1/2 „	—
8 „	Schlaflos und unruhig		
9 „	3/4 10 Uhr	9 1/4 Stunden	—

Das Amylenhydrat wird bei diesem Kranken noch fortgesetzt.

Was uns in der Mehrzahl dieser Fälle bei der weiteren Anwendung des Amylenhydrates zur Vorsicht mahnte, war der körperliche Verfall, den die Pat. mitunter schon wenige Tage nach der ersten Verabreichung zeigten. Es muss allerdings eingeräumt werden, dass der Collaps nach längerer, starker Aufregung sich mit naturgemässer Nothwendigkeit einstellen muss. In dem ersten unserer Fälle war jedoch die Aufregung keine so arge, dass sie Collaps hätte hervorbringen können, der sich

alsbald nach der Anwendung des Amylenhydrats einstellte, und schwand, als man dieses mit Paraldehyd vertauschte. Im vierten Falle trat der Collaps rapid ein und in so hohem Grade, dass sich die Herzschwäche nicht beheben liess. Dieselbe Erscheinung werden wir noch in einem der später anzuführenden Fälle finden, wo das Amylenhydrat in Dosen von 3·5 Gramm bei einem Epileptiker gegeben wurde in der Absicht, den Einfluss dieses Medicamentes auf die Häufigkeit der Anfälle zu beobachten.

11. Fall.

49jähriger Paralytiker von kräftigem, untersetztem Körperbau, gutem Ernährungszustande. Der Kranke befand sich fortgesetzt in euphorischer Stimmung, lobte seine Kraft und seine Gesundheit, verlangte täglich seine Entlassung, weil er heiraten müsse, etc. Patient erkrankte an einer linksseitigen Kniegelenksentzündung.

Da er täglich unzähligemale aus dem Bette sprang, um fortzueilen, lag daran, den Kranken zu beruhigen.

Vom 9. bis inclusive 14. Jänner a. c. wurden bei diesem Kranken je 3·0 Gramm Amylenhydrat täglich gegeben. Ein Einfluss auf die Körpertemparatur oder auf die Athemfrequenz konnte nicht constatirt werden. Die sphygmographischen Curven und die Beobachtung der Pulsfrequenz ergaben im Laufe der Tage ganz verschiedene Resultate. Um ein Beispiel anzuführen, sei bemerkt, dass die Pulsfrequenz am ersten Tage im Laufe der ersten fünf Stunden nach Einnahme des Medicamentes allmählich von 84 auf 96 stieg und im Laufe der nächsten fünf Stunden in noch höherem Masse abnahm (bis auf 68). Am zweiten Tage dagegen fiel die Pulsfrequenz in den ersten fünf Stunden von 72 auf 66 und stieg im Laufe der folgenden fünf Stunden wieder auf 72. Ein ebenso verschiedenes Resultat ergab die Beobachtung der sphygmographischen Curven, so dass es sich nicht verlohnt, dieselben hier vorzuführen. Es muss übrigens bemerkt werden, dass die Pulscurven von Geisteskranken überhaupt häufig die wahre Pulsform nicht zum Ausdruck bringen. Schon Wolff[1]) hat darauf aufmerksam gemacht und gezeigt, dass der Einfluss der Erregung auf die Pulsphase oft während einer und

[1]) Dr. O. J. B. Wolff, „Betrachtungen über den Puls bei Geisteskranken". Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Medicin, 1867, Bd. 24—26.



derselben Sitzung des Kranken in einer merklichen Aenderung der Pulscurve zum Ausdrucke kommt. Es können daher die Pulscurven von Geisteskranken zu Schlüssen auf die Wirkung eines Medicamentes nicht verwendet werden, und wir müssen uns in Bezug auf die Beurtheilung des Amylenhydrats hinsichtlich des Ausbleibens übler Nebenerscheinungen seitens des Herzens nach Anwendung dieses Hypnoticums auf das Gutachten der oben genannten Autoren berufen.

Was unseren Kranken anbelangt, so erreichten wir bei ihm vollkommen den gewünschten Zweck. Er schlief mehr als früher, in den schlaffreien Zeiten war er ruhig und liess sich leicht im Bette halten.

Wenn wir den ebengenannten Fall, bei dem es uns um die Beobachtung der hypnotischen Wirkung des Amylenhydrates nicht zu thun war, ausschliessen, so haben wir in den übrigen Fällen dieses Hypnoticum als solches im Ganzen 92mal gegeben, und zwar 32mal zu je 3·00 Gramm und 60mal zu je 3·50 Gramm.

In den ersten 32 Fällen trat der Schlaf ein:

In der 1. Stunde 8mal,
„ „ 2. „ 10 „
„ „ 3. „ 5 „
„ „ 4. „ 6 „
„ „ 5. „ 2 „
„ „ 6. „ 1 „

Der Schlaf dauerte:

1—2 Stunden 3mal,
2—3 „ 1 „
3-4 „ 2 „
4—5 „ 6 „ (2mal war der Schlaf unterbrochen)
5—6 „ 8 „ (3 „ „ „ „ „)
6—7 „ 8 „ (5 „ „ „ „ „)
7—8 „ 1 „
8—9 „ 1 „
9-10 „ 2 „

60mal wurde das Amylenhydrat zu 3·5 Gramm gegeben. Der Schlaf trat ein:

In der 1. Stunde 8mal,
„ „ 2. „ 27 „
„ „ 3. „ 9 „

In der 4. Stunde 2 mal,
" " 5. " 4 "
" " 6. " 1 "
" " 7. " 1 "
" " 8. " — "
" " 9. " 1 "

7mal waren die Kranken die ganze Nacht hindurch schlaflos.

Der Schlaf dauerte:
1—2 Stunden 2mal,
2—3 " 5 "
3—4 " 4 "
4—5 " 4 "
5—6 " 7 " (2mal war der Schlaf unterbrochen)
6—7 " 5 " (3 " " " " "
7—8 " 7 " (1 " " " " "
8—9 " 8 "
9—10 " 11 "

Sowohl bei 3·0 als bei 3·5 Gramm Amylenhydrat trat der Schlaf am häufigsten in der zweiten Stunde nach Einnahme des Medicamentes auf.

Nach 3·0 Gramm währte der Schlaf genau in der Hälfte der Fälle (16mal) 5—7 Stunden, wobei jedoch auffällt, dass der Schlaf in diesen Fällen 8mal unterbrochen war. Nach 3·5 Gramm finden wir zwar 7mal Schlaflosigkeit, hingegen in 26 Fällen Schlaf in der Dauer von 7—10 Stunden.

Wir haben das Amylenhydrat in diesen beiden Dosirungen noch bei ungefähr 15 Kranken durch wenige Tage (1—2—3 Tage) gegeben, dann ausgesetzt, oder mit anderen Hypnoticis vertauscht und sind zur Ueberzeugung gekommen, dass die Dosis von 3·5 Gramm mit Ausnahme weniger Fälle eine sichere, hypnotische Wirkung hat, doch erscheint es mit Rücksicht auf den Umstand, dass es von manchen Kranken schlecht vertragen wird, geboten, dort, wo die tägliche Anwendung eines Hypnoticums durch längere Zeit hindurch nothwendig ist, das Amylenhydrat mit anderen Hypnoticis abzuwechseln. Soweit wir bis jetzt beobachten konnten, wird das Amylenhydrat noch am besten von blödsinnigen Paralytikern vertragen, bei denen es lediglich auf die Behebung der Schlaflosigkeit ankommt.

Ein 67jähriger Patient, der mit Delirium alcoholicum aufgenommen wurde, war auf 3·5 Gramm Amylenhydrat die erste Nacht hindurch schlaflos und unruhig. In der nächsten Nacht schlief er auf dieselbe fest, war tagsüber ruhig, suchte jedoch Abends wieder; nachdem er die dritte Nacht auf Amylenhydrat wieder geschlafen hatte, war das Delirium zu Ende.

Uebelkeit, Erbrechen oder Appetitlosigkeit haben wir nach Gebrauch des Amylenhydrats nicht constatirt. Ein einziger Kranker beschwerte sich über den scharfen Geschmack und bat um Paraldehyd oder Chloralhydrat.

Soviel über das Amylenhydrat als Hypnoticum.

Scharschmid und Gürtler haben dieses Medicament auch bei Epileptikern versucht. Ersterer äussert sich folgendermassen: „Die Epilepsie wurde natürlich durch Amylenhydrat ebensowenig beeinflusst wie durch Paraldehyd. Dagegen wich die Schlaflosigkeit und nächtliche Unruhe auf 3·2—4·0 Gramm Amylenhydrat." Gürtler hat dieses Mittel in zwei Fällen von Epilepsie, in denen die Nachtruhe von heftigen Krämpfen unterbrochen war, angewendet. Bei einem 18jährigen, seit Kindheit an heftigen epileptischen Krämpfen leidenden Mädchen wurde eine einmalige Dosis von 3·5 Gramm Amylenhydrat verabreicht. Den Effect beschreibt Gürtler mit folgenden Worten: „Die Anfälle blieben darnach aus und die Kranke schlief 12 Stunden ununterbrochen. Die ersteren sind zudem seit dieser Medication, d. h. seit nunmehr 14 Tagen, nicht wiedergekehrt." Bei einem zweiten Kranken, einem 31jährigen, schwächlichen Manne, stieg Gürtler bis zu 6·0 Gramm pro dosi, um eine geringe Besserung — Schlaf für einige Stunden — zu erzielen.

Wir haben das Amylenhydrat bei 3 Epileptikern angewendet:

1. 29jähriger Patient; die Anfälle traten vor sechs Jahren nach einem heftigen Schrecken auf. In unsere Anstalt am 16. Jänner a. c. eingebracht, stellten sich bei dem Kranken in je 24 Stunden 8—20 Anfälle ein. In den anfallsfreien Zeiten zeitweilig Aufregung und Verworrenheit. Um die Anfälle zu coupiren, wurde Bromcalium, und als die Heftigkeit der ersteren nicht nachliess, ausserdem Chloralhydrat und Morphin gegeben, ohne dass ein Erfolg erzielt worden wäre. Am 13. Februar wurden sämmtliche Medicamente ausgesetzt und am 14. Februar um 8 Uhr Abends 3·5 Gramm Amylenhydrat gegeben.

15. Februar. Früh zwei Anfälle. Abends 3·5 Gramm Amylenhydrat.

16. Februar. Kein Anfall. Patient schlummert den ganzen Tag hindurch, nimmt nur wenig flüssige Nahrung zu sich; Abends 3·5 Gramm Amylenhydrat.

17. Februar. Kein Anfall. Patient ist soporös. Herzschwäche. Amylenhydrat ausgesetzt.

18. Februar. Kein Anfall. Fortschreitender Collaps; Exitus um $^1/_2$9 Uhr Abends.

Die Obduction ergab ein acutes Oedem nach Hyperämie des Gehirns.

Bei zwei anderen Epileptikern gaben wir das Amylenhydrat (in Gelatinkapseln) in Tagesdosen von 1 Gramm.

2. Bei einem 16jährigen Burschen waren die Anfälle nach Bromkali seit 4 Monaten ausgeblieben. Mitte Februar wurde das Bromkali ausgesetzt, und am 22. Februar trat wieder ein Anfall auf. Bis zum 1. März wurden 31 Anfälle beobachtet. An diesem Tage stellten sich zwei heftige Tobanfälle ein.

Patient kam in die Polsterzelle. Abends 1 Gramm Amylenhydrat, welche Dosis bis inclusive 4. März fortgesetzt wurde. Die Anfälle häuften sich während dieser Zeit so, dass der Kranke nie zum vollen Bewusstsein kam. Vom 5. März an täglich 6 Gramm Bromkali; seitdem bis jetzt kein Anfall.

3. Bei einem dritten Epileptiker, bei welchem bei Behandlung mit Bromkali durchschnittlich jeden 10. Tag ein Anfall auftrat, stellten sich im Verlaufe von sieben Tagen fünf Anfälle ein, als das Bromkali ausgesetzt und eine Tagesdosis von 1 Gramm Amylenhydrat gereicht wurde. Nach Wiederherstellung der früheren Therapie reducirte sich die Zahl der Anfälle wieder.

In kleineren Dosen bewährt sich demnach das Amylenhydrat bei Epileptikern nicht, wohl aber dürfte es sich empfehlen, bei gehäuften Anfällen, wie in dem ersten von Gürtler erzählten Fall und bei dem ersten unserer Epileptiker, eine grössere Dosis Amylenhydrat zu verabreichen.

Referate.

Dr. G. Anton. *Zur Kenntniss der Störungen im Oberflächenwachsthum des menschlichen Gehirns* (Zeitschrift für Heilkunde, Bd. VII, p. 453 bis 478. Prag. Mit 1 Tafel).

Es liegt hiemit die erste Hälfte einer Reihe von Untersuchungen des Verfassers aus dem pathologisch-anatomischen Institut von Prof. Chiari vor. Der Inhalt dieses Theiles ist die Beschreibung, Abbildung und Besprechung eines Falles von Mikrogyrie bei einem 14tägigen Knaben, dessen Mutter circa 3 Monate schwanger am Eise gestürzt war und seither „bis nach vollendeter Geburt an Kreuzschmerzen (Uterinalkrämpfen?) litt".

Das Kind zeigte äusserlich Oberlippen-, Oberkiefer- und Gaumenspalte, ferner eine Hernie in der hinteren Scheitelgegend, den untersten Theil des Cerebellum einschliessend.

Am Gehirn selbst, ausser Mikrogyrie hohen Grades, Balkenmangel, Fehlen des septum pellucidum, der commissura anterior, Spaltung des Vierhügels, Verklebung der Seitenventrikel in ansehnlichem Umfang, besonders vorne und in der Mitte; als Folge der letzteren ansehnlicher Schwund der Markmasse des Vorderhirns und als Folge dieses mechanischen Momentes sowohl Faltungen des Ependyms als auch Mikrogyrie des grössten Theils der Hemisphären.

Am Kleinhirn fand sich Heterotopie grauer Substanz, die Verfasser in fliessendem Uebergange zu durch Pressung bei abnorm tiefer Faltung abgeschnürten Rindenabschnitten verfolgen konnte und darum aus diesem Vorgange erklärt. An der Medianfläche der Hemisphären fanden sich tiefe radiäre Furchen, die er als durch den eingebrochenen acuten, hydrocephalischen Process fixirte passagere Furchen des viermonatlichen Fötalgehirns auffasst.

Frontale, mikroskopische Schnitte des Gehirns mit Nigrosin, Haematoxylin und modificirter Weigert'scher Methode gefärbt, ergaben ein auffälliges Vorwiegen der mit den basalen Ganglien zusammenhängenden Faserung. [1])

Die innere Kapsel erschien auffällig reducirt, ebenso der Hirnschenkelfuss; in der Brücke erschienen die Pyramiden als ganz unansehnliche Bündel, die in der Oblongata in der Höhe der Oliven rechts eben noch als rundliches Faserbündel erkennbar waren, links fehlten.

Die Abhandlung enthält noch umfassende werthvolle Details, wegen deren auf das Original verwiesen wird. v. Pfungen.

---

[1]) An manchen Schnitten machte es geradezu den Eindruck, als ob alle Fasermassen in den grauen Massen des Streifenhügels, Linsenkerns und des Sehhügels enden, der Zug der inneren Kapsel zur Stabkranzfaserung also gar nicht vorhanden sei. Angesichts solcher Befunde dürfte doch die Einstrahlung der corona radiata von der Rinde zu den Ganglien unanfechtbar sein. Ref.

Dr. Ralf Wichmann. *Geschwulst- und Höhlenbildung im Rückenmark mit neuem Beitrag zur Lehre von der Syringomyelie* (Stuttgart 1887. Metzler. 58 Seiten mit Tabellen und 1 Tafel).

Der Autor stellt neben einen von ihm selbst genau beobachteten Fall mit makro- und mikroskopischem Befund noch 32 aus der Literatur gesammelte Fälle von Syringomyelie, nach den Symptomen und 29 auch nach Ausbreitung der Erkrankung nach der Höhe und nach dem Querschnitte des Rückenmarks zusammen.

Die Diagnostik dieser durch die Verschiedenheit der Symptome und den zeitlichen Wechsel der Erscheinungen schwierig zu erkennenden Erkrankung gewinnt durch die Arbeit Wichmann's wesentliche neue Stützen, die umsomehr Vertrauen erwecken, als sie im Falle Wichmann's in vivo zu einer wohlbegründeten und durch die Autopsie bestätigten Diagnose durch den Lehrer Wichmann's, geh. Hofrath Dr. v. Renz in Wildbad geführt haben, nachdem dies früher schon Schultze, Freud u. A. ebenfalls geglückt war.

Dem Geschlecht nach wurde die Erkrankung 11mal bei weiblichen, 22mal bei männlichen Personen beobachtet; als Mitteljahr des Einbruches für das weibliche Geschlecht das 27., für das männliche das 34. Lebensjahr berechnet, die Dauer der Erkrankung bis zum Tode schwankte von $^1/_4$ bis 32 Jahren.

Die verticale Ausdehnung der centralen Gliose beginnt bei 23 im oberen, schliesst bei 24 wenigstens noch das mittlere Halsmark, bei 28 das untere Halsmark ein, um noch in's obere Brustmark herabzureichen. Sie reicht bei 22 Fällen noch bis ins mittlere, bei 18 Fällen ins untere Brustmark, in 6 Fällen erstreckt sie sich vom obersten Halsmark bis ins untere Lendenmark in continuo fort.

Am Querschnitt des Rückenmarkes sind in 18 Fällen die Hinterstränge miterkrankt oder zum Theil der Hauptsitz der Neubildung, in 5 dieser Fälle auch die Hinterhörner, im Ganzen in 8 Fällen.

Nach Procentzahlen ergibt sich nach Wichmann für die Betheiligung der Stränge und Hörner:

Vorderstränge 10 Procent, Hinterhörner 27 Procent, Seitenstränge 10 Procent; Vorderhörner 14 Procent, Hinterstränge 62 Procent, centrale Partie 49 Procent.

In 17 Fällen fand sich noch in Folge eines grossen Tumors oder durch diffuse Zellwucherung eine verschieden lange, spindelförmige Auftreibung des Rückenmarkes vor.

Fügen wir noch hinzu, dass wir uns nach den Symptomen im Leben die zur Syringomyelie führenden Zellwucherungen und die dadurch bedingten zum Theile vorübergehenden Ausfallsverschleimungen zumeist schubweise vorschreitend denken müssen, dann können wir uns nach bekannten Erfahrungen die Symptome der Erkrankung leicht construiren.

In 16 Fällen werden Schmerzen an Rumpf oder Extremitäten mitgetheilt, meist centrifugal ausstrahlend, bald heftig in Stössen,

bald dumpf und dauernd. In 2 Fällen bestand Analgesie, im Falle von Wichmann-Renz fand sich ausgebreitete Hyperästhesie, nach oben und nach unten durch eine hyperästhetische Zone begrenzt; diese letztere wird von W. als Folge frischer Zellwucherung und dadurch bedingter Reizung aufgefasst.

Sensibilitätsstörungen überhaupt fanden sich in 17 Fällen; Motilitätsstörungen fanden sich noch häufiger, und zwar in 25 Fällen. Davon erklären sich von 24 genau bezüglich der queren Ausbreitung beschriebenen Fällen die Paresen oder Lähmungen 16mal aus der spindelförmigen Auftreibung des Rückenmarks, in den übrigen 8 Fällen fand sich 2mal Vorderhörnerkrankung. Die Beine werden dabei häufiger befallen als die Arme, die Störung schwankt zwischen einem blossen Müdigkeitsgefühl und der viel selteneren Paralyse, bald ein-, bald doppelseitig oder wechselständig. In 12 Fällen fanden sich auch locale Muskelatrophien. Die Reflexe verhalten sich wechselnd.

Ueber eine Gruppe von Symptomen, über den Ausfall im ano-urogenitalen Gebiete fehlen in vielen Krankengeschichten Angaben. Wichmann glaubt unter der ihm begründet erscheinenden Annahme, dass die Faserungen dieser Abschnitte central im Markkegel verlaufen, annehmen zu müssen, dass bei der vorwaltend centralen Ausbreitung der Läsionen diese Functionen ganz besonders häufig und frühzeitig Schaden leiden müssen und hofft darin wichtige Anhaltspunkte für eine frühzeitige Diagnose zu gewinnen.

Thatsächlich findet sich in 6 Fällen ausdrücklich Incontinenz erwähnt, in 5 Fällen die bestimmte Angabe, dass die Harnentleerung ungestört war, in einem Falle, bei Ausbreitung der Zellwucherung bis in die Oblongata Diabetes insipidus, einmal bei Schrumpfniere vermehrte Harnsecretion, niemals Zucker im Harn.

In 7 Fällen bestand Obstipation, in 4 Fällen incontinentia alvi angegeben.

Ueber die Genitalfunctionen findet sich bei 2 weiblichen Kranken Aufhören der menstruellen Blutung, darunter in einem Falle bei Fortbestehen der molimina seit Eintritt der Erkrankung. Bei einem Kranken schwand die Erectionsfähigkeit, bei einem anderen werden sehr schmerzhafte Erectionen angegeben.

Respirationslähmung wurde in 3 Fällen als rasch einbrechende Todesursache angegeben, die Wichmann aus der Lähmung der Kerne der phrenici im 4. Halssegment erklärt. In 9 von 12 Fällen, in denen das Ableben durch eine Lungenerkrankung (Pneumonie, disseminirte käsige Pneumonie, Bronchitis) hervorgerufen wurde, fand sich die Gliose bis in die Oblongata ausgebreitet, wobei Wichmann die Lähmung der Athemcentren wohl nicht durch directe Zerstörung, wohl aber durch Drucklähmung veranlasst denkt.

Auf einem ähnlichen Mechanismus dürften nach Wichmann die hie und da sich findenden bulbären Lähmungen beruhen, denn sie unterscheiden sich von den wahren Bulbärkernparalysen: 1. durch

den Mangel oder wenigstens die Seltenheit der bezüglichen Atrophie: 2. durch die im Mittel mässige Höhe der Lähmung: 3. durch plötzliches Entstehen und vollständiges, manchmal ebenso plötzliches Schwinden.

Als solche bulbäre flüchtige Erscheinungen werden erwähnt: Erbrechen, Schlingbeschwerden, Lähmung des weichen Gaumens beim Phoniren, Facialparese und Tic convulsif, Salivation, sensible Trigeminuslähmung, Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Schwerhörigkeit, mannigfache Paresen des Augenmuskelapparates, Amblyopie und Amaurose bei Neuritis optica. Solche Symptome traten bei 11 Fällen der aufgeführten 33 Krankheitsfälle auf.

Von Aenderungen der Körpertemperatur wurde im Falle Wichmann schon frühzeitige Temperaturerhöhung ohne erklärende Organerkrankung beobachtet, im Falle Reiser's fanden sich subnormale Temperaturen, im ersten Falle von Schultze fanden sich sonst unerklärbare und wechselnde Temperaturdifferenzen an den Extremitäten und durch 11 Tage vorübergehend Abendtemperaturen von 40° ein. Sollen wir für die Diagnostik die zunächst leitenden Hauptpunkte hervorheben, so sind es insbesondere zwei: 1. die Erscheinungen von Rückenmarkserkrankung über lange Reihen von Ursprüngen hinterer oder vorderer Wurzeln, zumeist der ersteren; 2. die Unbeständigkeit, ja das selbst wiederholte Steigen und Fallen der Symptome.

Begreiflicherweise wird die Differentialdiagnose stets eine schwierige sein und nur auf verschiedene Stufen der Wahrscheinlichkeit Anspruch erheben.

Die Therapie soll nach Renz in Argentum nitricum bestehen und es wird vor dem Gebrauche von Thermen bei dieser Erkrankung auf das Nachdrücklichste gewarnt. v. Pfungen.

Dr. L. Unger. *Ueber multiple inselförmige Sklerose des Centralnervensystems im Kindesalter* (Leipzig und Wien 1887. Toeplitz & Deuticke. 82 Seiten).

Verfasser reiht an einen derzeit in seiner Behandlung stehenden Fall eines 6jährigen Knaben, 18 andere aus der Literatur gesammelte und ausführlich mitgetheilte Fälle an. Er schildert in kritischer Zusammenfassung dieser Fälle die klaren typischen Formen mit dem classischen Nebeneinander des Intentionstremor, des Nystagmus und der Sprachstörung neben paretischen und spastischen Erscheinungen. Er erwähnt der verschiedenen Einbruchsformen. bald als acut eintretende Lähmungen und Tremor nach epileptiformen oder apoplectiformen Anfällen, bald wieder ein schleichendes Einsetzen einer Demenz mit Veränderung des Charakters, die meist als stumpfes Hinbrüten, seltener als Zustände von Verworrenheit sich äussern, neben denen Kopfschmerz, Schwindel, Sehstörung (meist als Folge von Nystagmus) oder mässige Paresen langsam sich entwickeln, nach denen erst weit später, selbst erst nach 1 und 2 Jahren, der charakteristische Intentionstremor deutlich wird.

Auch aus der Schilderung der Fälle multipler Sklerose bei Kindern ergibt sich das beinahe ausschliessliche Befallenwerden der motorischen Leistungen durch den für Sklerose so charakteristischen, enorm grosswelligen Intentionstremor, während die Hautsensibilität nahezu ausnahmslos intact bleibt. Der Autor erwähnt mit Recht, dass neben diesen rythmischen oder wenigstens einem Rythmus nahe kommenden Schwingungen auch hie und da ganz unregelmässige, der Chorea vergleichbare Zuckungen vorkommen, die den Unerfahrenen fürs Erste zu Zweifeln führen können. Die paretischen Erscheinungen in Form von Schwäche, Schwere mit Steifheit und Spannung oder Nachschleppen der Glieder begannen unter 19 Fällen 15mal an einer oder beiden unteren Extremitäten. Diese Paresen nehmen meist ebenso langsam zu, als sie schleichend eingesetzt haben. Häufig combinirten sie sich bald mit spastischen Erscheinungen und selbst enormer Steigerung der Sehnenreflexe, bald mit einem der Ataxie analogen Ungeschick der Beine. Diese motorischen Störungen verbreiteten sich dann meist auf die oberen Extremitäten, selten traten sie an diesen zuerst auf. Bulbäre Sprachstörung war in 2 Fällen hochgradig entwickelt.

Ueber den Verlauf und die Ausgänge erwähnt Verfasser auch bei Kindern als Regel das gewohnte Bild eines ziemlichen stabilen Bildes durch Jahre, hie und da mit zeitweisen Besserungen und den raschen Fortschritt bei dem Einbruch der von den Erwachsenen bekannten apoplectiformen Anfälle mit hohen Fiebertemperaturen und rasch schwindenden Lähmungen. So wie bei Erwachsenen jüngeren Alters einzelne seltene Fälle selbst mit voller Heilung endigten, nachdem früher ein classisches Bild multipler Sklerose bestanden hatte, so führt Verfasser auch für das Kindesalter 3 von massgebenden Autoren beobachtete Fälle von Heilung an.

Der Einbruch der Erkrankung war am häufigsten im 2., 3. und 4. Lebensjahre. Neben neuropathischer Belastung drängten sich insbesondere fieberhafte Infectionskrankheiten, Keuchhusten, Schädeltraumen als muthmassliche ätiologische Momente auf.

v. Pfungen.

Dr. J. Hochenegg. *Ueber symmetrische Gangrän und locale Asphyxie* (Jahrbuch der Gesellschaft der Aerzte in Wien 1886. Separatabdruck. Braumüller. 92 Seiten mit Tafel).

Umfängliche Behandlung des ganzen Gebietes mit ausführlicher Literatur und 6 eigenen Beobachtungen, von denen die I.: 42jährige Frau, Asphyxie der Endphalangen der Finger bot, Gangrän am rechten Beine: die 2. und 3. Phalange der 2. Zehe, Endphalange der 3. verloren, Nagel der 4. abgängig. Links die 2. Zehe bis zur Mitte der 1. Phalange schiefergrau, unterempfindlich, neben Aphasie (einziger Lautcomplex owok) und Worttaubheit seit 2 Jahren. — II. 51jähriger Schneidergehilfe: Linker Vorderarm geschwellt, besonders die Hand blauroth, Blasen in der Hohlhand, unter der

Beobachtung (Klinik Prof. Albert, an der auch die übrigen Fälle zur Behandlung kamen) Gangrän auch an der rechten Hohlhand. Dabei umfängliche Anästhesie am Stamm und beiden Armen. Sectionsbefund: Hydrocephalus chronicus eximius cum syringomyelia et degeneratione grisea funiculorum posteriorum et funiculi posterioris lateralis dextri medullae spinalis. Skoliosis. Ausführlicher und überaus sorgfältiger mikroskopischer Befund von Assistent Dr. Richard Paltauf. Die Untersuchung der Nerven der plexus brachiales ergab nur spärliche degenerirte Fasern, keine Neuritis. III. 32jährige Frau: Asphyxie sämmtlicher Finger bei Hysterie. — IV. 34jähriger Gärtner, mal perforant bei Erscheinungen von Tabes in vielfachen Anfällen von 1881 bis October 1884; Amputation des linken Fusses nach Pirogoff. Die Untersuchung des Fusses durch Assistent Dr. Paltauf ergab Fehlen von Leprabacillen, Fehlen von Erkrankungen der Nerven. — V. 8jähriges Mädchen und VI. 13jähriger Knabe, Geschwister, oberflächliche Nekrosen an den Zehen, Asphyxie der Hände. Verfasser hält sich für berechtigt, die symmetrische Gangrän und die locale Asphyxie nicht als ein selbstständiges Leiden, sondern als ein Symptom anzusprechen: 1. als Folge von Ernährungsstörungen als: Ermüdung, Anämie und Chlorose als Folgen von entzündlichen und acuten Infectionskrankheiten; 2. als Symptom bei Hysterie; 3. als Symptom von Neuritis; 4. von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. Die Gangrän durch Gefässerkrankung und Embolie, bei Diabetes und Albuminurie, Ergotismus, endlich der acute Decubitus sind aus der Besprechung in vorliegender Abhandlung ausdrücklich ausgeschlossen. Verfasser neigt zu der Meinung, da die Nerveneinflüsse nicht bloss als vasomotorische, sondern auch als trophische auf das Gewebe selbst für das Zustandekommen der Gangrän massgebend sind, ohne aber diese theoretische Frage mehr als zu streifen. Er führt zur Begründung seiner klinischen Anschauungen über die bloss symptomatische Bedeutung der sym. G. und über die mannigfache Aetiologie zahlreiche Beispiele aus der Literatur als klinische Belege an, durch die auch für die überaus wechselnde Vertheilung der Asphyxie und Gangrän lehrreiche Angaben erhellen. v. Pfungen.

Dr. H. Nothnagel, Professor an der Universität in Wien und **Dr. B. Naunyn,** Professor an der Universität Königsberg. *Ueber die Localisation der Gehirnkrankheiten.* Verhandlungen des VI. Congresses für innere Medicin, zu Wiesbaden 1887.

Die beiden Referenten hatten ihr Thema in der Art getheilt, dass Professor Nothnagel die Frage der Localisation der Rindencentren überhaupt, die Lage und die Bedeutung der einzelnen motorischen und sensorischen Regionen im Besonderen, mit Ausnahme der Sprachcentren darstellte, welche von Professor Naunyn behandelt wurden.

Nothnagel's Darstellung beschränkt sich auf die Besprechung der klinischen Erfahrungen mit Benützung der Methode der kleinsten Herde. Sie vertieft die vor 8 Jahren in seiner Localisation der Gehirnkrankheiten ausgesprochene Lehre durch schärfere Betonung der Trennung jener Abschnitte, welche, als Abgangsorte der psychomotorischen Faserung, bei Zerstörung mit Lähmungen einhergehen, von jenen anderen, welche den Ort der Vorstellung der Bewegungen bedeuten und bei Läsion durch corticale Ataxie charakterisirt sind. Nothnagel stellt diesen Gegenstand in Parallele mit den differenten Symptomen bei Zerstörung des unteren Drittels der Centralregion, welche mit Lähmung im Facialis-Hypoglossusgebiet einhergeht, gegenüber der Läsion der Broca'schen Region, welche (links angeordnet bei Rechtshändern) zu motorischer Aphasie führt.

Von sensorischen Centren wird insbesondere die Sehregion besprochen. Nach der Anschauung des Vortragenden sind der Zwickel und die erste Occipitalwindung der Ort jener Herde, die zu Hemianopsie führen; Läsionen der 2. und 3. Hinterhauptswindung der lobuli lingualis und fusiformis führen zur Seelenblindheit. Er glaubt hiernach auch in der Sehregion Abschnitte, die mit der Perception der Sinnesreize betraut sind, von Regionen für die Erinnerungsbilder trennen zu können. Seelenblindheit und Wortblindheit fallen nicht zusammen.

Bezüglich der Frage, ob für den Ausfall der Rindenleistung die Zerstörung ihrer „Ganglienzellengruppen oder diejenige der vielfachen Associationsbahnen massgebend sei", glaubt Nothnagel, die corticalen Centren ihrer Bedeutung nach, bei Anerkennung der Rindenlocalisation, mit den grauen Kernen des verlängerten Markes und des Höhlengrau im 3. Ventrikel in Analogie setzen zu dürfen. „Andererseits ist es einleuchtend, dass der gleiche Functionsausfall, wie wenn das gangliöse Centrum selbst ausfiele, eintreten muss, wenn alle oder der grösste Theil der zu demselben sich begebenden Associations- oder Stabkranzbahnen unterbrochen werden."

Eine wahre Substitution der Defecte bei Rindenläsionen wird geleugnet, ein Anschein derselben entstehe durch Fernwirkungen oder durch theilweise Zerstörungen der „relativen Rindenfelder" Exner's.

Naunyn hat sich auf Grundlage der graphischen Darstellung von 71 Fällen von aphasischen Sprachstörungen auf eine in Quadrate getheilte Abbildung der linken Hemisphäre davon überzeugt, dass es zwei Gegenden dichtester Herde gibt, einmal für die Fälle motorischer Aphasie, dann der Aphasie mit Worttaubheit. Diese beiden Regionen haben ihre dichteste Anordnung in den beiden von Broca und von Wernicke angegebenen Centren. Eine dritte Region der dichtesten Anordnung von nicht näher charakterisirten Fällen von Aphasie, Naunyn's „unbestimmte Aphasie" fällt auf den Gyrus angularis. Dieser Autor glaubt diese Thatsache mit der Nähe der optischen Region erklären zu müssen. (Eine unbefangene Betrachtung der Tafel, auf der die einzelnen Fälle mit Zahlen in die Qua-

drate eingetragen sind, lässt eine solche Verdichtung in unmittelbarer Nähe der optischen Region in Tafel I und II nicht erkennen, wie sie Tafel III und IV schematisch abgebildet ist. Ref.) v. Pfungen.

Docent Dr. Gustav Gärtner. *Beiträge zur elektrodiagnostischen Methodik* (Jahrb. d. k. k. Gesellschaft d. Aerzte zu Wien 1886. A. Hölder).

Nachdem die Reactionen der sogenannten Entartungsreaction, insbesondere die Veränderungen der Zuckungsformel der Muskel und der sensorischen Apparate bereits eine gründliche Erforschung erfahren haben, ist im Gebiete der Elektrodiagnostik ein wichtiges Problem der Gegenwart zur Lösung übrig geblieben, die absoluten elektrischen Reizgrössen zu bestimmen, durch welche bei verschiedenen elektrischen Erregungen am Nerven oder am Muskel eine Zuckung hervorgerufen wird. Seit R. Remak ist man sich der Schwierigkeit dieser Erforschung bewusst, indem auch bei der Anwendung constanter Elemente die jeweilig thatsächlich den Nerven oder Muskel treffende Reizgrösse abhängig ist von der wechselnden Höhe des Leitungswiderstandes. Diese Aenderungen sind aber so bedeutend, (nach Gärtner selbst wie 1:30), dass wir nach der bekannten Formel: $J = \frac{E}{W + w}$, bei so enormen Veränderungen der Grösse w bei den so wechselnden Widerständen auch sehr veränderliche thatsächliche Erregungen berechnen können.

Um diese ohne die höchst mühselige Bestimmung des jeweiweiligen Widerstandes unbestimmbare Reizgrösse direct zu bestimmen, wurde von R. Remak schon in den Stromkreis ein Galvanoskop eingestellt. Schon dieser Forscher überzeugte sich, dass diese Messung dadurch ungenau wird, indem während der Durchströmung stetig die Widerstände abnehmen und damit bei constanter Zahl der Elemente die Reizgrösse zunimmt. Um diesem Uebelstande zu entgehen, haben Stinzing und Gräbner ein neueres Edelmann'sches gedämpftes Enheitsgalvanometer angewandt, welches schon nach circa zwei bis fünf Secunden Stromdauer ein Ablesen der Grösse J ermöglicht. Gärtner hat sich durch Versuche an verschiedenen Individuen überzeugt, dass auch diese Massmethode an dem Fehler leidet, dass die bei bereits ruhender Nadel abgelesene Reizgrösse zu gross ausfällt, indem in Folge der wiederholten, wenn auch nur kurzdauernden Durchleitung der Widerstand sich verändert, nämlich absinkt, und nun die zur Auslösung der ersten Zuckung nöthige Reizgrösse überschätzt wird. Verfasser hat, um die Widerstandsänderungen der Haut durch die beim Prüfen der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskel möglichst einzuengen, zwei neue Apparate eingeführt: 1. ein Schwingungsgalvanometer, welches noch kürzerdauernden Stromschlusses bedarf als selbst das abgedämpfte Edelmann'sche Einheitsgalvanometer; 2. einen Apparat, einen Pendel-

schlüssel, mittelst dessen je nach Wunsch 0·4 oder 0·25 Secunden lange Schliessung des Stromes bewirkt werden kann.

Gärtner's Versuche ergeben mit seiner Methode ungleich constantere und kleinere Zahlen als nach der Methode von R. Stinzing und E. Gräbner. Gärtner's Methode gibt, da nur ein Ueberschätzen der Erregbarkeit möglich ist, correctere Zahlen.

Da bei der Bestimmung nach Stinzing und Gräbner die Grösse des Fehlers je nach Dauer und Zahl der Durchströmungen wechselnd hoch ausfällt, ist leider eine nachträgliche Correctur der gefundenen Zahlen unmöglich und werden weitere Untersucher wohl den etwas kostspieligen, wenn auch nicht schwierig zu handhabenden Apparat Gärtner's zu klinisch brauchbaren Massbestimmungen anwenden müssen. v. Pfungen.

Dr. C. Lange, Professor der Medicin in Kopenhagen. *Ueber Gemüthsbewegungen.* Eine psycho-physiologische Studie. Autorisirte Uebersetzung von Dr. H. Kurella. Leipzig 1887. Verlag von Theodor Thomas.

Die vorliegende, im Original bereits Anfangs 1885 erschienene Studie darf schon durch den Gegenstand, den sie behandelt, ein allgemeines Interesse beanspruchen; ein wichtiges Capitel der Anthropologie, über welches bis in die letzte Zeit kaum mehr als althergebrachte, wesenlose Schemen zur Verfügung gestanden, hat Lange nunmehr vom physiologischen Standpunkte klarzustellen gesucht.

Er verkennt selbst nicht die Schwierigkeiten, die durch mangelhafte Abgrenzung der einschlägigen Begriffe sich entgegenstellen, und er ist sich auch bewusst der Dürftigkeit der physiologischen Grundlagen, die uns die einzigen objectiven Merkmale der Gemüthsbewegungen — ihre Einflussnahme auf körperliche Functionen — zur klaren Einsicht bringen könnten; er weist auch mit Recht auf die Unzulänglichkeit der experimentellen Methode für die Entscheidung der vorliegenden Frage hin und lässt der klinischen Beobachtung den Hauptantheil an der Lösung der betreffenden Aufgabe zufallen. Aus Gründen der Zweckmässigkeit und lediglich, um die Methode für weitere wissenschaftliche Beobachtungen anzudeuten, beschränkt Lange seine Studie zunächst auf die schärfer gekennzeichneten Affecte, indem er ebenso zutreffend als anziehend die physiologischen Begleiterscheinungen des Kummers, der Freude, des Schreckens, des Zornes schildert; in kritischer Würdigung der klinischen Erscheinungen und ihrer gegenseitigen Abhängigkeit erklärt er als unmittelbare körperliche Aeusserung des Affectes, eine Veränderung in der Function des vasomotorischen Apparates mit Verschiedenheiten für jeden einzelnen Affect und sieht die übrigen körperlichen Begleiterscheinungen als Folgen dieser vasomotorischen Störungen an.

Nach diesen Voraussetzungen wendet sich Verfasser dem wichtigsten Theile seiner Untersuchung zu, der Frage über das Wesen

des Verhältnisses zwischen den Gemüthsbewegungen und den körperlichen Begleiterscheinungen, wobei er zunächst auf den Nachweis sich stützt, dass die körperlichen Aeusserungen der Affecte auf rein körperlichem Wege zu Stande kommen, dass die Ursachen der Affecte lediglich durch Erregung der vasomotorischen Centren die physiologischen Phänomene erzeugen, aus welchen die Affecte wesentlich bestehen — wobei es ganz unwesentlich ist, ob die Gemüthsbewegungen auf materiellem oder indirectem, seelischem Wege herbeigeführt sind.

Verfasser betrachtet daher auch als wichtigste Aufgabe auf diesem Gebiete die emotionelle Reaction des vasomotorischen Systems auf verschiedenartige Einflüsse festzustellen; er berührt dabei auch den vasomotorischen Antagonismus zwischen Verstandes- und Gefühlsleben, von denen ersteres im eigentlichen Sinne des Wortes derivatorisch, blutableitend auf das zweite wirkt, knüpft daran auch treffende Bemerkungen über die Rolle, welche die Erziehung durch Beherrschung der Affecte gerade für die fortschreitende Entwicklung der Generationen zukommt.

Die vorliegende Abhandlung in trefflicher Uebersetzung dem deutschen Publicum zugänglich gemacht, bietet in dem engen Rahmen, in welchem sie sich bewegt, eine nicht nur stofflich interessante, sondern auch anziehende Lectüre, die insbesondere auch psychiatrischen Fachkreisen empfohlen werden kann, wenngleich denselben in Meynert's Lehrbuch der Psychiatrie, Wien 1884, eine gründliche wissenschaftliche Bearbeitung dieses Gegenstandes auf breitester anatomisch-physiologischer Grundlage zu Gebote steht. F.

Dilthey. Prof. Dr. *Dichterische Einbildungskraft und Wahnsinn.* Rede, gehalten zur Feier des Stiftungstages der militärärztlichen Bildungsanstalten am 2. August 1886. Leipzig 1886. Verlag von Duncker & Humblot. Preis 80 Pf.

Aus dem gegenwärtigen Zusammenhang des medicinischen Studiums mit dem durch die physiologischen Erfahrungen neu belebten philosophischen Denken ergeben sich mancherlei interessante Fragen, deren Lösung nun mit weit grösserem Glück versucht werden kann, als dies vordem bei völlig einseitiger Richtung der Beurtheilung möglich war.

Die obige Frage, von Philosophen und Dichtern der verschiedensten Culturperioden immer wieder aufgegriffen, hat bis in die neueste Zeit auch ärztliche Kreise wiederholt beschäftigt. Immer deutlicher trat die Neigung hervor, das Aussergewöhnliche der dichterischen Begabung, der genialen Veranlagung mit aussergewöhnlichen Vorgängen in ursächliche Verbindung zu bringen. Von der Voraussetzung einer Analogie zwischen dichterischer Phantasie und Wahnsinn sind die Anschauungen bis zur Identificirung beider gediehen. Das dichterische Genie war zu einem pathologischen Erscheinungscomplex gestempelt.

Während innerhalb der letzten Jahre auf dem Wege klinischer Betrachtung die Beziehungen zwischen Genie und Wahnsinn wiederholt Erörterung gefunden, Radestock in seiner Broschüre „Genie und Wahnsinn" bereits 1884 vom Standpunkte der physiologischen Psychologie die Berührungspunkte beider genau geschildert hat, geht Dilthey von der Aehnlichkeit in den Leistungen der dichterischen Phantasie, des Träumenden und des hallucinirenden Irren aus, um auf inductivem Wege den Nachweis zu liefern, dass das Genie keine pathologische Erscheinung, sondern „der gesunde, der vollkommene Mensch" ist.

In streng logischer Aufeinanderfolge entwickelt Redner seine Argumente, indem er gegenüber der Minderung in der Energie des erworbenen psychischen Zusammenhanges, wie sie den geistigen Störungen zukommt, die Vollkommenheit und Energie dieses Zusammenhanges für das Genie hervorhebt, wodurch der Blick für das Wesenhafte ermöglicht wird. Er zeigt, wie im Gegensatze zu den traumhaften Zuständen die geniale Einbildungskraft eine freie Entfaltung der Bilder und ihrer Verbindungen in sich schliesst, welche bei grosser Energie des psychischen Zusammenhanges aus einer ganz ungewöhnlichen Stärke der Eindrücke, Gefühle und Phantasievorstellungen entspringt, wie ferner diese Bilder in dem Dichter sich entfalten, frei von dem Zwang des Wirklichen, nach dem Gesetz, eine möglichst vollständige und dauernde Befriedigung der Gefühle zu gewähren.

Auch ohne die Macht des gesprochenen Wortes wird der Inhalt der genannten Rede in der vorliegenden Form nicht verfehlen, einen überzeugenden Eindruck zu hinterlassen; alle Vorzüge, wie sie für eine akademische Rede, in Anspruch genommen werden können, finden sich in ihr vereinigt; ihre Lectüre bietet Genuss und Befriedigung im besten Sinne. F.

Emminghaus. *Die psychischen Störungen im Kindesalter.* (Aus Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Nachtrag II. Tübingen 1887. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung. Preis 6 Mk.)

In vorliegendem Buche liefert uns der durch andere Arbeiten auf psychiatrischem Gebiete wohl bekannte Autor eine höchst dankenswerthe Zusammenstellung alles dessen, was irgend zu dem Thema betreffs der Geistestörungen im Kindesalter Bezug hat, soweit zugleich das ärztliche Interesse dabei in Frage kommt. Indem Verfasser die Stellung der psychiatrischen Fachdisciplin gegenüber der allgemeinen Pathologie — speciell gegenüber der Kinderheilkunde — beleuchtet, weist er mit Recht auf die Wichtigkeit und Nothwendigkeit des Ineinandergreifens beider Specialwissenschaften hin, damit auf Grund gemeinsamer Vorarbeiten eine verlässliche Basis für diesen Theil der Pathologie gewonnen werde.

Es bestehen unleugbar nicht unbedeutende Schwierigkeiten, welche sich der Bearbeitung dieses Stoffes von vornherein entgegen-

stellen. Die individuellen Schwankungen, welche der Begriff der Kindheit erleidet, die durch mangelhafte Kenntniss des Wesens der psychischen Processe nothwendig gewordene Benützung des symptomatologischen Standpunktes, die Mängel, welche sich aus einer einfachen Uebertragung des Begriffes der Geistesstörung Erwachsener als eines eigenartigen Symptomencomplexes auf kindliche Individuen sich ergeben müssen, denen „das Gleichgewicht der psychischen Functionen" abgeht, machen für die richtige Beurtheilung der vorliegenden Frage einen einigermassen veränderten Standpunkt nöthig Insbesondere schliessen das breite Uebergangsgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit gerade bei kindlichen Individuen, ferner die eben bei diesen nicht seltene Vermischung von Erscheinungen geistiger Gesundheit und Krankheit, endlich die mannigfachen geistigen Abnormitäten für die Erkenntniss des einschlägigen Materials oft erhebliche Schwierigkeiten in sich.

Verfasser hat in einleitenden Bemerkungen diesen Schwierigkeiten gegenüber Stellung genommen und seinen Standpunkt in möglichster Schärfe präcisirt. — Nach einer das Thema betreffenden historischen Darstellung werden in umfangreichen Capiteln die allgemeine Aetiologie, dann die allgemeine Symptomatologie, endlich die specielle Pathologie der Kinderpsychosen abgehandelt. Verfolgt man die dabei vom Verfasser gegebene Darstellung, so wird man die Ueberzeugung gewinnen, dass hierin in der That alles Wissenswerthe mit grosser Sachkenntniss, in klarer und systematischer Anordnung nach durchwegs klinischen Gesichtspunkten, unter sorgfältigster Verwerthung der einschlägigen Casuistik und Berücksichtigung der betreffenden Literatur zu einem dem Rahmen des genannten Handbuches würdig sich einfügenden Bestandtheile verarbeitet ist. Durch diese Arbeit wird aber auch zweifellos eine bislang unangenehm empfundene Lücke auf dem Gebiete der psychiatrischen Literatur ausgefüllt; der Psychiater sowohl, wie auch der Kinderarzt werden dem Autor in gleichem Grade Dank wissen, und wir zweifeln nicht, dass die gleich mühsame, wie verdienstvolle Arbeit des Autors auch in weitesten ärztlichen Kreisen Eingang und Anerkennung finden wird. F.

Obersteiner. *Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande.* (Leipzig und Wien, Toeplitz & Deuticke, 1888.)

Das vorliegende Buch hat die Aufgabe, als verlässlicher Führer dem Studirenden bei der mühsamen Wanderung durch die einzelnen Gebiete des Centralnervensystems zu dienen. Es will insbesondere dem Anfänger, dem nicht immer Laboratorien und fertige Schnittsammlungen leicht zur Verfügung stehen, die Richtung vorzeichnen, nach der er sozusagen selbstständig einen richtigen Einblick in die complicirten Bauverhältnisse des Centralnervensystems zu gewinnen vermag.

Das Wichtigste auf diesem Gebiete wird vom Verf. in leicht überschaulicher und verständlicher Weise vorgeführt. Nach einer detaillirten Auseinandersetzung zunächst über die Technik der verschiedenen Untersuchungsverfahren schliesst sich an die Morphologie des Centralnervensystems weiterhin eine eingehende Schilderung der histologischen Elemente des Centralnervensystems. Ein vierter Abschnitt ist der Darlegung des feineren Baues des Rückenmarkes, ein folgender der topographischen Durchsicht des Gehirns gewidmet. Es folgen dann noch zwei Abschnitte, deren einer und umfangreichster mit der Discription der Faserzüge und Bahnen, deren anderer mit Schilderung der Hüllen des Centralnervensystems sich beschäftigt.

Da und dort finden sich pathologisch-anatomische Darlegungen eingestreut, die allerdings, wie der Verf. selbst zugibt, keinen Anspruch auf Erschöpfung dieses Stoffes machen können und sollen. Demgegenüber kann, soweit es sich um die Absicht der Einführung und Leitung im Studium handelt, die Lösung der gestellten Aufgabe nach Form und Inhalt wohl durchwegs als zutreffend und sachgemäss durchgeführt angesehen werden.

Durch diese Art der Darstellung des gesammten Stoffes, weiters aber auch durch eine reichhaltige Fülle von zumeist ganz trefflichen, nach Originalzeichnungen angefertigten Abbildungen, wird das stattliche Buch zweifelsohne eine sehr willkommene und brauchbare Stütze insbesondere jenen Studirenden sein, die nicht in der glücklichen Lage sind, auf bequemerem Wege die fraglichen Kenntnisse sich zu verschaffen. Bei der vielfach noch herrschenden Unzulänglichkeit gerade der einschlägigen Lehrmittel vermag das genannte Buch allerdings auch einem thatsächlichen Bedürfnisse zu entsprechen und wird als solches auch seinen Zweck gewiss erfüllen. Mit Befriedigung muss auch erwähnt werden, dass die Verlagsbuchhandlung auf vortreffliche Ausstattung des 25 Bogen umfassenden Buches nach jeder Richtung mit gewohnter Sorgfalt Bedacht genommen hat.

Ein den Abschluss gebendes alphabetisches Register bildet eine dankenswerthe Bereicherung. F.

v. Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie.* (Auf klinischer Grundlage für praktische Aerzte und Studirende. Dritte umgearbeitete Auflage. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1888.)

Nach verhältnissmässig kurzer Spanne Zeit erscheint obgenanntes Lehrbuch nun in dritter Auflage. Für seine Verwendbarkeit zum Studium für den Mediciner, wie für den praktischen Arzt mag diese Thatsache allein ein sprechender Beweis sein. Auch die neue Auflage des Lehrbuches darf sich der Vorzüge ihrer Vorgängerinnen rühmen. Der gesammte Lehrstoff erscheint in der vom Autor bekannten durchsichtigen Diction behandelt, dem Zwecke des Buches entsprechend thunlichst frei von theoretischen Raisonnements, beschränkt auf gesicherte Ergebnisse der klinischen Beobachtung und Forschung, wobei die langjährige und reiche Erfahrung des Ver-

fassers vielfach zur Geltung gelangt, ohne dass eine kritische Ausbeute und Verwerthung bemerkenswerther Leistungen Anderer etwa ganz vermieden wäre.

Nach einleitenden Auseinandersetzungen über das Forschungsgebiet der Psychiatrie und deren Hilfswissenschaften, sowie über die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie als Wissenschaft erörtert Verfasser im zweiten Theile des Lehrbuches die allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins. Der dritte Theil beschäftigt sich mit der speciellen Pathologie und Therapie. Den Fortschritten der psychiatrischen Disciplin ist darin gebührend Rechnung getragen und wenn auch, was insbesondere die Classification der Psychosen anbelangt, bei dem heutigen Stande unseres Wissens ein vollkommen einwurfsfreies System nicht wohl geschaffen werden kann, so wird dennoch Niemand verkennen, dass die von dem Autor gewählte Eintheilung nicht nur ein streng klinisches Gepräge aufweist, sondern vor allem auch durch thunlichste Einfachheit und Uebersichtlichkeit auch dem praktischen Bedürfnisse vollkommen entspricht. Anlehnend an die früher schon festgehaltene Methode unterscheidet Verfasser auch in der neuen Auflage 1. Psychoneurosen (Melancholie einschliesslich der mel. attonita, Manie, Stupidität, hallucinatorischer Wahnsinn, Ausgangszustände nicht geheilter Psychoneurosen); 2. Psychische Entartungen (folie raisonante, Paranoia, periodisches Irresein); 3. aus constitutionellen Neurosen entstandene Geisteskrankheit (Neurasthenisches, epileptisches, hysterisches und hypochondrisches Irresein); 4. chronische Intoxicationen (Alkoholismus, Morphinismus); 5. organische Hirnkrankheiten mit vorwaltenden psychischen Symptomen (Delirium acutum, dementia paralytica, lues cerebralis, dementia senilis); 6. psychische Entwickelungshemmungen (intellectuelle und moralische Idiotie).

Mehrere der genannten Krankheitsbilder, besonders die Paranoia und das moralische Irresein, erscheinen theilweise umgearbeitet und in greifbarere Form gebracht, einzelne — das neurasthenische Irresein und der Morphinismus — sind als wesentliche Ergänzung des Systems neu aufgenommen.

Durch eine vortreffliche Auswahl geeigneter Krankheitsgeschichten, die der Schilderung der einzelnen Formen unmittelbar angefügt sind, ist der Inhalt des dadurch allerdings sehr umfangreich gewordenen Buches in dankenswerther Weise bereichert.

Zweifelsohne wird das Buch auch in seiner neuen Gestalt durch seine praktische Verwendbarkeit zahlreiche Freunde und Anhänger finden. F.

Clemens Neisser. *Ueber die Katatonie.* (Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Stuttgart. Druck von Gebrüder Kröner, 1887.)

Die vorliegende, 85 Druckseiten fassende Abhandlung des an der Irrenanstalt zu Leubus thätigen Autors nimmt zum Ausgangs-

punkte das Krankheitsbild der Kahlbaum'schen Katatonie und stellt sich zur Aufgabe, in kritischer Durchsicht der bisher über diesen Gegenstand angesammelten Literatur, sowie der hierüber von den verschiedenen Autoren geltend gemachten Anschauungen das genannte Krankheitsbild nach streng klinischen Gesichtspunkten zu umrahmen.

Bekanntlich hat Kahlbaum für das als melancholia attonita vielfach beschriebene Krankheitsbild mit Rücksicht auf dessen eigenthümliche Verlaufsart und charakteristische Symptome die Bezeichnung Katatonie gewählt und statt melancholia attonita den Ausdruck Attonität als Stadium, respective Phase eines Krankheitsprocesses in die wissenschaftliche Terminologie eingeführt.

In Anlehnung an die Kahlbaum'sche Monographie bringt Neisser zunächst eine Reihe eigener, einschlägiger Beobachtungen, die nicht nur descriptiv, sondern auch nach den ihnen beigegebenen epikritischen Bemerkungen von besonderem Interesse sind. Es sind insbesondere einzelne, bisher weniger beachtete Züge, die Verfasser aus dem Krankbeitsbilde in feiner und zutreffender Darstellung hervorhebt und illustrirt. Abgesehen davon gewinnt die Arbeit an Interesse namentlich dadurch, das auch die theoretische Seite der einzelnen Ercheinungen bei der Katatonie ihrem gegenseitigen Zusammenhange nach gewürdigt werden, und indem der Verfasser neben den schon von Kahlbaum meisterlich beschriebenen Symptomen ein besonderes Augenmerk dem Gesammtgepräge des ganzen Bildes widmet, stellt sich die Abhandlung des Autors als eine gewiss beachtenswerthe Ergänzung der Kahlbaum'schen Monographie dar. Es gipfeln die Deductionen des Autors in der Betonung der Eigenartigkeit nicht nur einiger hervorstechender Symptome, sondern der Totalität des Zustandsbildes, womit implicite der Charakter der Katatonie als selbstständiger Krankheitsform dargelegt wird.

Den psychiatrischen Fachcollegen sei die Lectüre der Neisser-schen Abhandlung hiermit warm empfohlen. F.

K. k. Hofbuchdruckerei Carl Fromme in Wien.

Ueber die Lehre vom moralischen Irrsinn.

Von

Dr. Heinrich Schlöss

Secundararzt in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt zu Wien.

Es gibt Begriffe, welche sich theoretisch strenge von einander sondern lassen und doch im praktischen Leben mitunter kaum zu unterscheiden sind. Ja, entgegengesetzte Begriffe, die sich gegenseitig in ihres Wortes Bedeutung ausschliessen, werden im Leben confundirt. Sie beweisen die Wahrheit des alten Sprichwortes: Extrema se tangunt.

Recht und Unrecht stehen einander gegenüber und wo es ihre Unterscheidung gilt, erschöpft sich oft der schärfste Verstand. Darum halten sich die Juristen fest an das geschriebene Gesetz — an den todten Buchstaben — und kommen dabei oft um das Recht gerade so herum, wie die Philosophen um die Wahrheit.

Wo Richter und Psychiater sich treffen, handelt es sich um die Frage, ob Verbrechen oder Wahnsinn. Solbrig wollte auch die Frage: Verbrechen und Wahnsinn in Betracht gezogen wissen — ein verderblicher Irrthum, der sich durch sein sonst so treffliches, stilvollendetes Werk zieht.

Verbrechen und Wahnsinn schliessen sich gegenseitig aus; der freie Wille zur Zeit der That qualificirt dieselbe. Einen verbrecherischen Wahnsinn gibt es nicht, denn die That des Wahnsinnigen ist nicht verbrecherisch, weil der freie Wille fehlt, er weicht der Macht des Wahnsinnes. Es lag nahe, von verbrecherischem Wahnsinn zu reden, weil man die Qualität einer krankhaften That mit der That des Gesunden vergleicht.

Doch wäre es endlich Zeit, von „verbrecherischen Geisteskranken" nicht mehr zu sprechen; dieser Ausdruck ist zu unglücklich, als dass er sich noch länger erhalten sollte.

Verbrechen und Wahnsinn in einer That kann nie vorhanden sein und nie in Frage kommen. Wohl aber Verbrechen oder Wahnsinn.

Die Trennung dieser beiden Begriffe ist Gegenstand einer reichen und auch gediegenen Literatur. Die Geschichte der Lehre vom moralischen Irrsinn ist eigentlich nichts Anderes, als die Geschichte der Frage, wie Verbrechen und Wahnsinn in zweifelhaften Fällen geschieden werden können. In dieser Literatur finden wir wiederholt betont, dass nicht nur beim moralischen Irrsinn im engsten Sinne des Wortes, sondern im Beginne und Verlauf mancherlei Psychosen moralische Perversität zu Tage trete.

Der Richter sucht das Vorhandensein des freien Willens zur Zeit der That; dem Arzte obliegt eine weit schwierigere Arbeit, er hat das Vorhandensein oder Fehlen des freien Willens zur Zeit der That zu constatiren.

Man hat im Laufe der Zeit einen Symptomencomplex zusammengerafft, den man als moralischen Irrsinn bezeichnet hat. Wir wollen seine Geschichte verfolgen und den heutigen Standpunkt in der Lehre vom moralischen Irrsinn präcisiren. Wir werden finden, dass der moralische Irrsinn, wie wir ihn heute aufgefasst sehen, nicht das ist, was man ehemals unter diesem Namen verstanden hat, und wir werden zur Erkenntniss kommen, dass von einem moralischen Irrsinn als solchen, von ihm als einer specifischen psychischen Entartung nicht zu sprechen sei.

Obwohl die Geschichte des moralischen Irrsinns — moral insanity – erst im 19. Jahrhundert beginnt, so finden wir doch schon in den Schriften der Alten einige Momente, denen man vielleicht eine historische Bedeutung für die Entwickelung der späteren Lehre vom moralischen Irrsinn zugestehen könnte.

Hippokrates schildert Individuen, denen die Disposition zu Geisteskrankheiten angeboren ist. Sie sind reizbare, zu Zornausbrüchen geneigte, oft mürrische, verschlossene und theilnahmslose Menschen, bei denen schon ein leichtes Unwohlsein das Nervensystem afficirt und welche leicht zu Phantasien geneigt sind.

Timon von Locris, ein Pythagoräer, erfasste die Bedeutung der Heredität für die Aetiologie der Psychosen. Morel

citirt in seinem Handbuch die denkwürdigen Worte dieses Alten: „Unsere Anlagen zur Tugend und zum Laster, zur Gesundheit wie zur Krankheit stammen von unseren Eltern," ein Ausspruch, der an historischer Bedeutung den gleichfalls von Morel citirten Worten des Hippokrates gleichkommt: „Alle Krankheiten entstehen durch Erblichkeit."

Nicht vergessen wollen wir Plutarch, der seine Abhandlung über Erziehung mit der Zeugung anfängt. Welch tiefer Sinn liegt darin verborgen!

Bei Plato finden wir darauf hingewiesen, dass moralische Ursachen auf den Körper rückwirken und mittelbar die Veranlassung zu Geisteskrankheiten bieten können.

Johannes Regiomontanus, den Stolz [1]) citirt, schreibt im deutschen Kalender vom Jahre 1513: „Wenn ein Kind im Zeichen der Venus geboren wird, so wird es furchtbar geil und unkeusch. Ist es eine Tochter, so ist zu besorgen, sie werde eine thörichte Frau. Der Mensch ist gewöhnlich kalter Natur, hat zu Niemandem eine rechte Liebe, gibt Einen um den Andern hin, und ist weitschweifig in seinen Sinnen. Ist's ein Mann, so wird er den Weibern lieb, ist's eine Frau, so wird sie den Männern lieb. Es sind weiche Leute und in wissenschaftlichen Dingen zweifelhaft, sie bleiben aber doch nicht bis am Ende bei ihrem Zweifel. Solche Leute sind unsittlich, in der Rede unzüchtig, schimpfend, fröhlich und wohlgesprächig; sie haben alle Saitenspiele lieb und verwenden viel Fleiss auf Saitenspiele und Kleider."

Dann fährt Regiomontanus wörtlich fort: „Und wo sy das angut nit vermögent, so nement sy das, wo sy es findent, und mainent die Philosophi, dass der mensch erhangen mieg werden, wann sein boshait, die er an im hat, ist nit auss im selbs!" (Und dennoch meinen die Philosophen, dass der Mensch dürfe gehängt werden, wenn auch die Bosheit, die er an sich hat, nicht aus ihm selbst ist.)

Berkhan [2]) erzählt uns, dass seit dem Jahre 1678 im Hospital zu Braunschweig sogenannte Staatskostgänger aufgenommen wurden. Hierunter verstand man bemittelter Leute Kinder und

[1]) „Gedanken über moralisches Irrsein (moral insanity) von Sanitätsrath Dr. Stolz in Hall." Zeitschr. f. Psych. XXXIII, 1877.

[2]) Dr. Oswald Berkhan: „Das Irrenwesen der Stadt Braunschweig in den früheren Jahrhunderten", Neuwied 1863.



Angehörige, welche weder ihren Eltern oder Anverwandten noch der Obrigkeit gehorchen wollten, das Ihrige verschwendeten oder sonst eine Uebelthat begangen hatten, und die deshalb im Hospital durch stete Aufsicht zum Gehorsam und zur Besserung ihres Lebens geführt werden sollten. Für diese Staatskostgänger mussten die Anverwandten bezahlen, „was für die Stelle, Unterhalt und Wartung gebührt", und auf Verlangen der Angehörigen wurden derartige Pfleglinge unter einem Pseudonym geführt.

Gauster [1]) macht auf Paul Zacchias aufmerksam, welcher im 17. Jahrhundert darauf hinwies, „dass Personen vernünftig reden können, wie Geistesgesunde, und doch ihre psychische Erkrankung (er nennt sie im Allgemeinen Dementia) aus ihren bürgerlichen Handlungen hervorgehen kann. Zacchias betont schon, dass die Aerzte die Gemüthsaffecte, die Physiognomie, den körperlichen Habitus und noch gewisse äussere Zeichen zur Diagnose benützen müssen, während die Juristen mehr nach Reden und Handlungen urtheilen."

Im Jahre 1810 veröffentlichte Grohmann (Professor in Hamburg) in Nasse's Zeitschrift für psychische Aerzte eine Abhandlung über „innere krankhafte Affectionen des Willens, welche die Unfreiheit verbrecherischer Handlungen bestimmen." Der Autor trat für die Ansicht ein, dass es moralische Krankheiten der Seele gebe, der zufolge in dem Reiche der Willensfreiheit abnormale oder krankhafte, unverschuldete und unfreie Willensbestimmung stattfinden könne und er wünscht, dass Richter und Aerzte diesem Umstande Rechnung tragen mögen. Er spricht diese moralischen krankhaften Affectionen oder Abnormitäten als „moralische Insanie" an und unterscheidet moralischen Stumpfsinn, die Brutalität des Willens und den moralischen Blödsinn als drei Unterarten des ersteren.

Grohmann's Abhandlung fesselte jedoch nicht so sehr die Aufmerksamkeit ärztlicher Kreise, als die Lehren, welche Pinel und Esquirol in Frankreich verbreitet und welche von dort aus überallhin ihren Weg gefunden hatten. Pinel hatte die Beobachtung gemacht, dass bei nicht wenigen Individuen die affectiven und moralischen Fähigkeiten gestört seien, während die Vernunft relativ erhalten bleibe. Er sah, wie solche Kranke Gewaltthaten

[1]) Gauster: „Psychische Entartungen" in Maschka's Handbuch. Tübingen 1882. IV. Band.

ausübten, die weder auf ein Delirium, noch auf eine Sinnestäuschung zurückgeführt werden können. Das Wartepersonale hatte für diese Patienten einen specifischen Ausdruck erfunden, man nannte sie nämlich raisonnirende Irre, eine Bezeichnung, die Pinel durch den Namen folie raisonnante sanctionirte, für welch letzteren er später die mania sine delirio substituirte.

Esquirol schuf drei Formen von Monomanie: Die intellectuelle, die affective und die instinctive Monomanie, von denen die beiden letzten Pinel's manie sans délire entsprechen.

Aber selbst mit dieser Verwirrung war man in Frankreich noch nicht zufrieden. Fodéré wollte für Pinel's manie sans délire, welchen Ausdruck er einer tadelnden Kritik unterzog, den Namen „fureur maniaque" angenommen sehen, während Marc, unzufrieden mit Esquirol's Eintheilung, die Bezeichnung impulsive oder instinctive Monomanie vorschlug.

So stand die Sache, als Prichard [1]) im Jahre 1835 den Namen moral insanity erfand. Lassen wir den Autor selbst sprechen, um zu erfahren, was er unter moral insanity verstand: „Irrsinn, bestehend in einer krankhaften Verwirrung der natürlichen Anlagen, Neigungen, des Temperaments, der Gewohnheiten, sittlichen Anlagen und natürlichen Impulse, ohne irgend eine wahrnehmbare Störung oder Gebrechen des Intellects oder der Fähigkeit zu erkennen und zu urtheilen, und insbesondere ohne irgendwelche krankhafte Illusion oder Hallucination." Es geht daraus hervor, dass Prichard als charakteristisches Zeichen dieser Form der Seelenstörung den Mangel jeder Störung der Intelligenz bei vollständiger Depravation des Gemüths aufgestellt und ausserdem jede Illusion und Hallucination bei Individuen solchen geleugnet hat.

Es ist selbstverständlich, dass diese in der Geschichte der Psychiatrie epochemachende Lehre Prichard's ein reges Interesse bei allen seinen Fachgenossen fand, umsomehr, als ja Prichard's glänzender Name, sein hervorragender Rang als Gelehrter, endlich seine bedeutende sociale Stellung einen gewissen Respect vor seinen Ansichten hervorrufen mussten.

In Deutschland war Nasse [2]) der Erste, der gegen den von Prichard aufgestellten Symptomencomplex der moral insanity

---

[1]) Prichard: „A treatise on insanity and other disorders affecting the mind." London 1835.

[2]) Nasse in Jakobi's und Nasse's Zeitschrift. Bd. 1. Berlin 1838.

öffentlich Stellung nahm und die Behauptung aussprach, dass in den meisten der von Prichard angeführten Fälle neben dem Gefühle auch die Erkenntniss leide, indem er darauf hinwies, dass in den Fällen, in welchen die Kraft der Selbstbeherrschung fehle, nothwendig auch eine Störung der Erkenntniss vorhanden sein müsse.

Später jedoch, als mittlerweile ein zweites Werk Prichard's (on the different forms of insanity, 1842) erschienen war, änderte Nasse seine obige Ansicht, indem er selbst den Nachweis versuchte, dass es reine Gemüthskrankheiten gebe und der von ihm als krankhafte Gemüthslosigkeit bezeichnete Zustand („der Kranke empfindet, denkt und zeigt sich thätig; aber in seinen Handlungen sind keine Aeusserungen der Zuneigung, des Vertrauens, der Achtung gegen Andere zu erkennen") derselbe Zustand sei, den Prichard als moral insanity bezeichnet hatte![1])

Wenn aber auch Nasse selbst seine Stellung gegen Prichard bald wieder aufgegeben hatte, so hatten doch in seiner anfänglichen Opposition Andere den Muth gefunden, gegen Prichard's Theorie aufzutreten.

Leubuscher[2]) kommt nach kritischen Bemerkungen über mania sine delirio, folie raisonnante, die Monomanien, auf Prichard's moral insanity zu sprechen, äussert sich über die praktisch und psychologisch unsichere und unrichtige Auffassung dieser Form, da sie nicht als selbstständig zu betrachten sei, und negirt das Vorhandensein einer Geistesstörung, die blos in verkehrten Handlungen sich äussere.

Heinrich[3]) führte in unten angegebener, im Jahre 1848 erschienener Arbeit die mancherlei Bedenken an, welche sich gegen Prichard's moral insanity geltend gemacht hatten. Zunächst wäre für den Nachweis ausschliesslicher Gemüthsleiden der Beweis zu erbringen, dass die Seele — wo sie gestört erscheint — nicht immer als Ganzes gestört sein müsse, und da dieser Beweis fehle, sei Prichard's Theorie die Stütze entzogen. Ausserdem habe es

---

[1]) Siehe: „Die Gemüthskrankheiten" von Fr. Nasse. Zeitschr. f. Psychiatrie IV, 4. Heft, 1847.

[2]) Dr. Rud. Leubuscher: „Bemerkungen über moral insanity und ähnliche Krankheitszustände." Casper's Wochenschr. f. d. ges. Heilkunde 1848, Nr. 50 u. 51.

[3]) „Kritische Abhandlung über die von Prichard als moral insanity geschilderte Krankheitsform." Allgem. Zeitschr. f. Psych. V, 4, pag. 501.

Prichard unterlassen, auf die somatische Basis eines an und für sich sehr weitschweifigen Collectivbegriffes aufmerksam zu machen.

Und in demselben Jahre, in welchem Heinrich zeigte, wie unklar man den Begriff des moralischen Irrsinns auffasste — führt uns ja doch dieser Autor Kranke an, deren auf Hallucinationen und Wahnvorstellungen basirenden abnormen Handlungen der moral insanity zugeschrieben werden — schreibt Zeller [1]) in seinem Berichte über die von ihm geleitete Anstalt Winnenthal: „Nur eine Form von Verrücktheit, die wir schon früher die sittliche oder moralische nannten, da sie scheinbar ohne eigentliche Beeinträchtigung des Vorstellungslebens, ohne eigentliche Wahnbildung und Verwirrtheit bestehen kann und den Menschen innerhalb solcher Schranken, wie sie die Anstalt zieht, nicht blos ruhig und anständig, sondern selbst im Allgemeinen vernünftig erscheinen lässt, bei der es aber doch in der That dem Kranken unmöglich geworden ist, seine Stellung gegen Gott und die Menschen und sich selbst auf eine vernünftige Weise aufzufassen und ihr gemäss zu leben, zeigt, wenn auch nicht Lähmung, so doch eine solche Depotenzirung des Gehirns an, dass sie als ein milder Blödsinn bezeichnet werden kann."

Man kann nicht sagen, dass Prichard's Initiative dazu geführt hätte, eine einheitliche Ansicht über den Begriff des von ihm als moral insanity bezeichneten Symptomencomplexes zu schaffen. Im Gegentheile. Man hatte in Bezug auf letzteren viele Begriffe oder — wie man will — keinen, denn Jeder dachte und schrieb über moral insanity, wie und was er wollte.

Aber einen schönen Erfolg hatte das Studium dieses Symptomencomplexes gewiss gebracht; eine Reihe wissenschaftlich hervorragender Männer hatte Anregung gefunden, sich mit jenen Zuständen zu befassen, die, auf pathologischem Boden entstanden, hart an das Verbrechen streifen. Verbrechen und Wahnsinn grenzen aneinander und, wenn es sich darum handelt, ihre Grenzen dort, wo sie verschwommen sind, zu trennen, so darf solches Beginnen nicht nur auf wissenschaftlichen, sondern auch auf moralischen Werth Anspruch erheben.

Hatte Prichard's Theorie zuerst in Deutschland öffentliche Besprechung gefunden, so blieb Frankreichs Interesse an der

[1]) Siehe Zeller: Allgemeine Zeitschr. f. Psych. V, 2, pag. 179.

Lehre vom moralischen Irrsinn nicht lange verborgen. Wir wissen, dass Morel [1]) fünf Formen der Manie aufzählte, als deren erste er die manie instinctive nannte. Er suchte das Wesen derselben in der krankhaften Abnormität der Gefühle und Willensrichtungen. Bei Mangel systematischer Wahnideen, bei scheinbarer Bewahrung der äusseren Formen der Vernunft sind die schlimmsten Neigungen entfesselt. Was wir bei Pinel und Esquirol isolirt finden, ist hier in seiner Gesammtheit in dem Verluste der moralischen Freiheit gekennzeichnet.

Dick, der im 14. Bande der Zeitschrift für Psychiatrie Morel's eben citirtes Werk kritisirt, sagt bezüglich der Diagnose der manie instinctive: „Sie beruht auf der schweren Verletzung der physiologisch-organischen Vorgänge und dem durch äussere Verhältnisse nicht motivirten Wechsel von Depression und Exaltation im Psychischen wie Physischen. Die Kranken sind nicht sowohl von Hallucinationen der Sinne gequält, als von unbeschreiblichen Sensationen. — Steigerung der Esslust alternirt mit Niederliegen derselben, ruheloser Bewegungsdrang über ihre Kräfte hinaus mit unüberwindlicher Apathie, Schlaflosigkeit mit Schlafsucht, allgemeine physische und psychische Hyperästhesie mit torpider Gleichgiltigkeit gegen äussere Reize. — Kopfweh, Ohrensausen, bizarre Geschmacksneigungen fehlen selten unter den Vorläufern. Eine genauere Untersuchung zeigt tiefe organische Störungen: hereditäre Einflüsse, fehlerhafte Configuration des Schädels, vorgängige Erkrankungen mannigfacher Art, Entwickelungshemmungen, Evolutionsstörungen u. s. w. Die Schwierigkeit für die gerichtlich-psychologische Beurtheilung liegt darin, dass nicht allein diese pathologischen Zustände, welche den Kranken seiner Freiheit berauben, sondern auch verschiedene Laster, Trunk und andere Leidenschaften zu denselben Erscheinungen führen können."

So hat uns Morel das Bild seiner manie instinctive scharf und präcis skizzirt und es gebührt ihm die Anerkennung, den Einfluss der Heredität gewürdigt und die neben psychischer Entartung einhergehenden, auf angeborene Degeneration hinweisenden äusseren Kennzeichen hervorgehoben zu haben. Dabei

[1]) Études clinique. — Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement et leur rapport avec la médecine légale des aliénés, par M. Morel. Paris, Victor Masson, 1852 et 1853.



versäumte er nicht, auf die Gefahr der Verwechslung dieses Zustandes mit moralischer Depravation hinzuweisen und neben der angeborenen die erworbene Degeneration und ihre Ursachen zur Geltung zu bringen.

Morel[1]) war es auch, der zuerst auf die Nothwendigkeit hinwies, bei gerichtsärztlichen Untersuchungen auf das Bestehen einer erblichen Anlage zu reagiren, die sich bei den Nachkommen in psychischer Entartung bis zum Idiotismus äussere, oder durch angeborene depravirende Charakterzüge und excentrische Handlungen zum Ausdruck komme.

Wie wichtig ihm die Heredität in der Reihe ätiologischer Momente abnormer psychischer Beschaffenheit erschien, geht aus einem späteren Werke dieses Autors hervor: [2]) Gewisse in der Ascendenz vorhandene pathologische Momente liefern als directe oder transformirte Producte aus der Art geschlagene deteriorirte Individualitäten, die ihre Degeneration schon im äusseren Habitus zeigen durch ihre Physiognomie, kindlichen Habitus, Strabismus Stottern, Taubstummheit, asymmetrische und missbildete Schädelformen, Entwickelungshemmungen der Sinnesorgane und Extremitäten, Verbildungen und Missstaltungen der Ohren und Geschlechtsorgane. Und neben diesem abnormen Aeussern geht ein abnormes Nervenleben mit dem Charakter grosser Nervosität einher, die schon im Kindesalter in Convulsionen, später in der Reizbarkeit, in dem leichten Auftreten heftiger Affecte und Delirien, hysterischer und epileptischer Zustände zu Tage tritt.

Wir haben, um die Bedeutung Morel's in der Geschichte unserer Sache in fortlaufender Darstellung beleuchten zu können die chronologische Reihenfolge verlassen müssen und wollen nun wieder, ihr folgend, zu deutschen Autoren zurückkehren.

Im Jahre 1863 trat Brosius[3]) für die Existenz von Störungen des Gemüthes und des Willens ohne erhebliche Störung des Verstandes ein. Nasse habe von krankhafter Gemüthslosigkeit gesprochen, die Engländer hätten diese Formen als moral insanity bezeichnet. — Von Morel spricht Brosius nicht, obwohl

---

[1]) Traité de la médecine legale des aliénés par le Dr Morel. Paris 1866.

[2]) Morel: „De l'hérédité progressive ou des Types dissemblables et disparates dans la famille." Paris 1867.

[3]) Brosius: „Psychiatrische Abhandlungen für Aerzte und Studirende." Neuwied 1863.



Ersterer damals schon seiner manie instinctive das Leben gegeben hatte. Was Morel als scheinbare Bewahrung der äusseren Formen der Vernunft imponirte, hat Brosius eben als keine erhebliche Störung des Verstandes dargestellt.

Vier Jahre später kam Solbrig mit seiner Abhandlung Verbrechen und Wahnsinn. Wir haben uns bereits über die Ansicht dieses Autors geäussert, welche dahin ging, dass sich „Verbrechen und Wahnsinn" nicht gegenseitig ausschliessen. Tritt Wahnsinn in Complication mit Verbrechen auf, so gibt ersterer bei strafrechtlicher Beurtheilung des Falles den Ausschlag und macht die Handlung straffrei. Zu trennen vom verbrecherischen Wahnsinn sind jene Fälle, wo der Wahnsinn dem Verbrechen folgt. Diese geisteskranken Verbrecher sind zu unterscheiden von den verbrecherischen Geisteskranken.

Und welches Bild entwirft uns Solbrig vom verbrecherischen Wahnsinn?

Nach einem Vorstadium einseitiger Gewöhnung unsittlichen Denkens, Strebens und Handelns entsteht eine solche Uebermacht in dem Vorstellungsfelde, dass sich ein abnorm gesteigertes Triebleben entwickelt, welches die corrigirende Kraft der Einsicht und des Willens aufhebt und, verschmolzen mit seinem Fundamente, der unmoralischen Neigung und gleichzeitig mit dieser zu Tage tretend, zur vollendeten Seelenstörung reift. Als diagnostische Kriterien für zweifelhafte Fälle finden wir angeführt den bemerkbaren Gefühlswechsel, die eingebildete Ueberlegenheit über jedes Hinderniss und jede Gegnerschaft, die krankhafte Selbstüberschätzung, die Grosssprecherei und Rechthaberei, das getrübte Urtheil über den wirklichen Vortheil, den Verfolgungswahn und die völlige Einsichtslosigkeit in den eigenen abnormen psychischen Zustand, so dass solche Kranke den ausgesprochenen Verdacht einer Geistesstörung mit Hohn und Entrüstung zurückweisen.

Hatte Morel die Bedeutung der Heredität als ätiologisches Moment abnormer psychischer Zustände im Allgemeinen hervorgehoben, so fand er damit allenthalben verdiente Zustimmung. Krafft-Ebing [1]) verwies bald darauf „auf die seit Morel be-

---

[1]) Krafft-Ebing: „Die Erblichkeit der Seelenstörungen und ihre Bedeutung für die forensische Praxis." Friedreich's Blätter, XIX. Jahrg., III. Heft, 1868.



kannte Thatsache," dass die Kinder trunksüchtiger Eltern besonders häufig jene Formen der Seelenstörung bieten (moral insanity, Schwachsinn mit perversen Trieben), unter denen das hereditäre Irresein gerade auftritt. Durch Heredität bedingt, kann im Gebiete des Charakters, im Gebiete des ethischen, moralischen Menschen ein solcher Zustand platzgreifen, dass die verbrecherischen Neigungen derartiger Individuen ihre psychopathischen Anomalien ganz in den Schatten stellen und letztere leicht übersehen lassen.

Die nahe Verwandtschaft zwischen Verbrechen und Wahnsinn, deren schon Solbrig Erwähnung gethan hatte, finden wir bei Krafft-Ebing neuerdings mit Nachdruck hervorgehoben. Er verweist darauf, dass der Stammbaum und das Vorleben hereditär Seelengestörter häufig das Vorkommen verbrecherischer und psychopathischer Dispositionen in derselben Generation zeigen und führt uns für diese Behauptung ein classisches Beispiel vor.

Von englischen Autoren müssen wir Maudsley[1]) hervorheben. In dem dem Irresein des kindlichen Alters gewidmeten Abschnitte seines Werkes handelt der Verfasser über das affective oder moralische Irresein der Kinder. Er zieht den ersteren Ausdruck dem letzteren vor, weil dieser ein Bewusstsein involvire, was oft unrichtig sei: das affective Leben oder Gefühlsleben jedoch spiegle uns die wahre Natur eines Individuums ab. Es sei also mit diesem Namen der solchen Fällen zu Grunde liegende fundamentale Fehler zum Ausdruck gebracht. Dieses affective Irresein unterscheidet Maudsley wieder je nach dem Vorwalten krankhafter Triebe oder systematischer moralischer Verkehrtheit als das instinctive Irresein und das moralische Irresein im engeren Sinne.

Es sind nicht neue Gedanken, die wir bei Maudsley in diesem Capitel finden, wir sehen nur früher Geschriebenes in geistvollem Stile ausgeführt. Die mangelhafte geistige Capacität, „die noch nicht die Stufe des Idiotismus, oder auch nur positiver geistiger Schwäche" erreicht hat, finden wir zwar wohl erwähnt, doch erblickte Maudsley in dieser mangelhaften geistigen Capacität nicht die Basis, auf welcher der moralische Irrsinn fusst.

---

[1]) „Die Physiologie und Pathologie der Seele" von Henry Maudsley, nach des Originales zweiter Auflage bearbeitet von Dr. Rudolf Böhm. Würzburg 1870.

Die Bedeutung der Hereditat finden wir hervorgehoben. „Dasselbe, was bei einem Individuum, das ohne erbliche Prädisposition irrsinnig geworden ist, als ein Degenerationsprocess zu betrachten ist, kann in den Nervenelementen seiner Nachkommen als angeborener Defect oder Makel vorhanden sein, so dass die erworbene, oder wenn man so sagen darf, zufällige Abnormität der Eltern bei ihren Nachkommen eine natürliche Prädisposition zu ungeordnetem, verkehrtem und widerspruchsvollem Handeln abgibt."

In dem Abschnitte, der von den verschiedenen Formen des Irreseins handelt, schildert uns Maudsley den moralischen Irrsinn (moral insanity) als eine Form geistiger Störung, „deren Symptome bei Abwesenheit von Hallucinationen, Illusionen und Wahnideen hauptsächlich in einem krankhaft veränderten Zustande jener Seelenfähigkeiten bestehen, die man gewöhnlich die activen oder moralischen Kräfte nennt, oder im Allgemeinen unter den Kategorien des Fühlens und Wollens zusammenfasst: Gefühle, Affecte, Neigungen und Temperament, Gewohnheiten und Benehmen. Da das Fühlen überhaupt viel fundamentaler ist als das Erkennen, so kann auch hierbei die intellectuelle Thätigkeit nicht vollständig unergriffen bleiben, wenn auch positive Wahnideen durchaus nicht vorhanden zu sein brauchen. Die ganze Art zu denken und zu schliessen ist durch das krankhafte Selbstgefühl gefärbt und wird dadurch erst secundär afficirt."

Maudsley nimmt ferner an, dass dort, wo das eigene Ich des Patienten in Frage kommt, durch den Einfluss krankhafter Gefühle Fehlschüsse zum Vorschein kommen. Die Art und Weise, wie ein solcher Kranker in Bezug auf sein eigenes Ich denkt, fühlt und handelt, ist abnorm und krankhaft.

Wieder betont Maudsley die Wichtigkeit der Heredität: „Die erworbene Schwäche der Eltern ist bei den Nachkommen zur angeborenen Schwäche geworden, wie bei Thieren eine von den Eltern angenommene Gewohnheit bei den Nachkommen zum Instinct wird."

So finden wir bei diesem Verfasser in fesselnder Weise den moralischen Irrsinn dargestellt und von solcher Seite aufgefasst, dass seine Ansichten über diese Entartungsform zur Basis später erschienener Arbeiten anderer Autoren wurden.

Neben dem intellectuellen Defect ist das Vorhandensein von Fehlschlüssen betont, die, auf dem Boden krankhafter Gefühle entstanden, das Denken, Fühlen und Handeln des Kranken in Bezug auf sein eigenes Ich abnorm gestalten. Diejenigen Fälle jedoch, die Maudsley als Beispiele exquisiten moralischen Irreseins anführt, können wir nicht als solche erkennen, denn wir finden bei ihnen den intacten Verstand im Dienste der Schlechtigkeit, und wenn wir solche Fälle als Irrsinn gelten lassen wollen, wo fängt dann die moralische Verkommenheit an, wo ist die Grenze zwischen Irrsinn und Verbrechen?

Fast machen die von Maudsley erzählten Fälle den Eindruck, als sollten sie Belege dafür sein, wie leicht Verbrechen und Wahnsinn confundirt werden.

Krafft-Ebing, [1]) der als ein solches Beispiel den berühmten Fall Lemaire citirt, anerkennt eine eigenthümliche Entartung des psychischen Menschen in seinen ethischen Beziehungen. Organische Hirnveränderungen bilden den Boden, auf dem erstere entstehen. Wie sollen wir aber diesen moralischen oder verbrecherischen Wahnsinn von der rein moralischen Entartung des Verbrechers unterscheiden?

Krafft-Ebing sieht in jenem, wie gesagt, den Ausdruck einer Hirnerkrankung. Entweder ist die Hirnorganisation mangelhaft, wie es in hereditären Fällen vorkommt, oder es entwickelt sich die Degeneration aus gewissen Erkrankungen des Gehirns. Eine specielle nosologische Form einer Geisteskrankheit ist also der moralische Irrsinn nicht.

Immer muss demnach ein pathologischer Hirnzustand vorhanden sein und nach seinen Merkmalen müssen wir in fraglichen Fällen suchen.

Die intellectuellen Functionen des psychischen Lebens findet Krafft-Ebing nur in geringem Grade gestört; das Vorstellen ist formell nicht bedeutend geschädigt, so dass ein logisches Urtheilen und Schliessen erhalten bleibt.

Die ethische Seite des Menschen, sein Gefühls- und Gemüthsleben, sein Charakter erfahren eine pathologische Entartung. Darin liegt die moralische Idiotie.

---

[1]) Krafft-Ebing: „Die Lehre vom moralischen Wahnsinn und ihre Bedeutung für das Forum" in Friedreich's Blätter. Bd. XXII, 1871.

Nur in den Störungen auf dem Gebiete des Fühlens liegen die fehlerhaften moralischen Urtheile begründet, während „die aus logischen Processen hervorgehenden Urtheile des Nützlichen und Schädlichen ganz unversehrt bestehen können".

Aus der moralischen Insensibilität solcher Patienten geht der starre Egoismus dieser Individuen hervor, entwickelt sich ihr gesteigertes Selbstgefühl, entstammen immer neue Impulse zur Verletzung der Rechtssphäre Anderer. Dem aber legen sich Hindernisse in den Weg, was zu Verstimmungen und Affecten führt, und an Stelle des anfänglichen, passiven Verhaltens des Kranken tritt ein streitsüchtiges, rechthaberisches, brutales und rücksichtsloses Benehmen.

So entwickelt uns Krafft-Ebing die Symptome dieser psychischen Entartung, welche nach der Lehre dieses Autors in den Störungen auf dem Gebiete des Fühlens wurzeln. Die moralischen Urtheile und ethischen Begriffe fehlen, weil Defecte auf dem Gebiete des Fühlens vorhanden sind. Daraus entstehen alle jene Symptome, die den Kranken ethisch als verkommenen Menschen erscheinen lassen.

Wir lesen oben, dass „die aus logischen Processen hervorgehenden Urtheile des Nützlichen und Schädlichen ganz unversehrt bleiben können". Trotzdem man annehmen sollte, dass ein Gehirn, in welchem sich logische Processe entwickeln können, intellectuell nicht schwer geschädigt sein kann, finden wir doch die Schwäche der intellectuellen Functionen dieser Individuen betont. „Sie sind „unproductiv" zu einem wirklichen Lebensberuf, einer geordneten Thätigkeit unfähig, von mangelhafter Bildungsfähigkeit, einseitig und verschroben in ihrem Ideengang, von sehr beschränktem Urtheil. Neben der so sehr hervortretenden sittlichen Schwäche fehlt in keinem dieser Fälle ein intellectueller Defect, viele sind sogar exquisit Schwachsinnige."

Wir sehen, dass Krafft-Ebing mit Maudsley im Grossen und Ganzen übereinstimmt. Er sucht das Wesen des moralischen Irrsinns in einer moralischen Insensibilität auf dem Gebiete des Fühlens. Doch kommt er auch auf die gestörte Intelligenz zu sprechen und erwähnt dieser Störung, der er wenigstens die Bedeutung eines Symptomes gibt.

Wie sollte man auch anders die Erscheinung erklären, dass — wie Krafft-Ebing erwähnt — ein solcher Kranker die

reproducirte Vorstellung mit der originalen Perception im Widerspruche bildet, während er sie für identisch hält?

Darin liegt ja doch ein Trugschluss und durch die stete Wiederholung solcher Trugschlüsse erscheint der Kranke ethisch als ein Lügner. Und weil die Verknüpfung von Vorstellungen zu moralischen Urtheilen und Begriffen mangelt, schliessen wir daraus auf die Störung der Intelligenz. Diese ist ja das Vermögen, zu denken, Vorstellungen zu Schlüssen zu verbinden. In der Störung des Denkvermögens — der Intelligenz — finden wir demnach die Ursache für die Unfähigkeit solcher Individuen, moralische Urtheile und Begriffe zu bilden.

Krafft-Ebing,[1]) welcher später noch mehrmals über moralischen Irrsinn schrieb, blieb im Grossen und Ganzen bei seinen bereits dargestellten Ansichten. Das intellectuelle Leben hält er quantitativ und qualitativ für tiefer stehend als beim Vollsinnigen. Doch macht die Störung den Eindruck, als ob sie nur auf ethischem Gebiet bestünde, weil die ästhetischen, moralischen und rechtlichen Begriffe und Urtheile verkommen sind oder mangeln. Die moralische Insensibilität auf dem Gebiete des Fühlens hindert die Bildung moralischer Urtheile, während die aus rein logischen Processen hervorgehenden Urtheile des Nützlichen und Schädlichen erhalten sind. Aus ersterem Defect entwickelt sich der Egoismus, entsteht der Mangel altruistischer Gefühle und jeder Werthhaltung Anderer, während das Selbstgefühl sich steigert. Aus den solchermassen nothwendig sich ergebenden Collisionen mit den Gesetzen und mit den in ihrer Rechtssphäre verletzten Mitmenschen entstehen die Affecte. Bei dem Allem zeigt sich aber immer ein intellectueller Defect, der manchmal als exquisiter Schwachsinn offenkundig ist.

Wir müssen nochmals zu Maudsley zurückkehren.[2]) Dieser nimmt bei häufigen und sich immer wieder von neuem wiederholenden Verstössen gegen die Moral das Vorhandensein von moralischem Irrsinn an.

---

[1]) Krafft-Ebing: „Grundzüge der Criminalpsychologie auf Grundlage des Strafgesetzbuches des Deutschen Reiches." Erlangen 1872. Ferner Derselbe in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, Stuttgart 1875 und in seinem Lehrbuch der Psychiatrie, Stuttgart 1870.

[2]) Henry Maudsley: „Ueber die medicinische Psychologie," deutsche Klinik 1873, II u. III.



Auffallend ist die Vermuthung Maudsley's, dass, ebenso wie der Geist, auch das moralische Gefühl, das Gewissen, an ein bestimmtes Organ gebunden sei, und wenn letzteres erkranke, so sei auch das Gewissen krank.

Das häufige Zusammentreffen von Verbrechen und Wahnsinn in der nämlichen Familie, die Häufigkeit des Wahnsinns und der Epilepsie in Strafhäusern, das Erloschensein des sittlichen Gefühles bei Verbrechern, sind ihm Beweismomente für die nahe Verwandtschaft zwischen Verbrechen und Wahnsinn.

Zuweilen sind auch Verbrechen durch Neurosen bedingt, und die hereditäre psychopathische Belastung zieht sehr oft den Mangel des moralischen Sinnes, einen moralischen Schwachsinn nach sich. —

Wir müssen jetzt bei einem französischen Gelehrten halten, dessen unten citirtes Werk nicht nur im Allgemeinen der Originalität seines Inhaltes wegen, sondern auch speciell in Bezug auf die Lehre vom moralischen Irrsinn von Bedeutung ist.

Legrand du Saulle,[1]) der die erbliche Geistesstörung als eine specifische Erscheinung hinstellt, verweist auf die Thatsache, dass es zwischen geistiger Gesundheit und vollendetem Irrsinn eine Reihe von Zwischenstufen gebe, welche gewissermassen langsam den Uebergang von der intacten Intelligenz zur psychischen Krankheit bilden.

Solche gemischte Zustände beobachte man im Beginne fast aller Psychosen. Erst allmählich entwickeln sich letztere zum vollen Krankheitsbilde.

Legrand du Saulle verweist auf den gewöhnlichen Verlauf der Paralyse: Zuerst Veränderungen des Charakters; der Kranke ist noch bei Vernunft, aber sein Zustand streift bereits an das Krankhafte. Später tritt der hochmüthige und schwachsinnige Charakter seines Deliriums allmählich ans Tageslicht, und kein Mensch zweifelt mehr an dem Irrsinn des Patienten. Zuletzt sind die Geisteskräfte völlig erschöpft. Die Intelligenz ist gebrochen — der Kranke ist blödsinnig.

Dieselben drei Phasen glaubt Legrand du Saulle bei der erblichen Geistesstörung gefunden zu haben. Den Blödsinn

[1]) „Die erbliche Geistesstörung" von Dr. Legrand du Saulle, aus dem Französischen übersetzt von Dr. Stark. Stuttgart 1874.

repräsentiren die angebornen Schwächezustände der Intelligenz: Schwachsinn, Idiotie und Cretinismus. Jene Fälle erblicher Geistesstörung, welche ausgeprägte Symptome aufweisen, entsprechen dem Zustande ausgebildeten erworbenen Irrsinns. Der ersten Stufe aber entsprechen jene Individuen, auf die der moralische Irrsinn bezogen werden dürfte, „deren Intelligenz verändert und aus den natürlichen Bahnen geworfen ist, ohne dass sich jedoch die Krankheit durch deutlichere Anzeichen bemerkbar machte".

Von Allem, was uns Legrand du Saulle von der letzteren Sorte erzählt, heben wir mit Nachdruck jene Stelle hervor: „So nimmt bei einer ziemlichen Anzahl von erblich Belasteten der Hochmuth solche Dimensionen an, dass er als das hervorragendste Merkmal betrachtet werden kann. Diese Kranken sind unerträglich. Ihre hochmüthigen Ideen wechseln natürlich je nach den socialen Verhältnissen, in welchen sie leben. Beständig versunken in die Bewunderung ihrer Person, haben sie immer das Bedürfniss, zu dominiren. Nichts soll ihrem Willen entgegenstehen."

Wenig beachtet blieb ein Vortrag, den Dr. Knopp[1]) im Jahre 1874 über moral insanity hielt. Er leugnete die Existenz des moralischen Irrsinns als selbstständiger Krankheitsspecies und betrachtete ihn als einen Symptomencomplex, welcher zuweilen im Prodromalstadium einer Psychose beobachtet wird. Die übrigen mit diesem Symptomencomplex Behafteten seien entweder geistesgesunde Verbrecher oder geisteskranke Menschen, von welchen die Ersteren mit Bewusstsein, Ueberlegung und freiem Willen unsittlich handeln, die Letzteren ohne Bewusstsein und Ueberlegung, gleichsam instinctiv, durch einen auf krankhafter Gehirnorganisation beruhenden Drang zu unsittlichen Handlungen getrieben werden.

Stolz[2]) hält beim moralischen Irrsinn neben der ethischen Seite des psychischen Lebens die intelligente und gemüthliche Sphäre gleichfalls gestört. Doch „treten die letzteren Störungen gegenüber denen der ethischen Seite zurück und werden daher leicht unterschätzt oder übersehen". Doch versäumt auch Stolz nicht, den intellectuellen Defect bei moralisch Irrsinnigen hervor-

---

[1]) Dr. Knopp: „Ueber moral insanity", Vortrag, gehalten in den Sitzungen der psychiatrischen Section zu Breslau Zeitschr. f. Psych. XXXI, 1875.

[2]) Stolz, l. c. Zeitschrift f. Psych. XXX, 1877.

zuheben, die Verschrobenheit und Einseitigkeit der Begriffe und Urtheile, die Einsichtslosigkeit für die Verkehrtheit ihrer Handlungen und für das Nachtheilige ihres selbstsüchtigen Strebens zu betonen.

Eine neue Auffassung des Wesens der moral insanity finden wir bei Gauster.[1]) Nach einer kurzen historischen Skizze entwirft er das psychische Bild des moralischen Irrsinns und erwähnt hier besonders Krafft-Ebing's, der die intellectuelle Schwäche, die beschränkte Urtheilsfähigkeit der moralisch Irrsinnigen hervorgehoben hätte. Gauster geht noch weiter. Er erkennt als das specifisch Krankhafte beim moralischen Irrsinn als selbstständige Krankheit den Schwachsinn und leugnet die Möglichkeit, dass nur eine Seelenfacultät krank sei. Die Fälle von moral insanity als solche will er in zwei Hauptgruppen getheilt wissen; die individuelle Organisation der betroffenen Individuen, sicher wohl auch der Unterschied im Erkrankungszustande des Gehirns begründe diese Scheidung. Bei den Kranken der einen Gruppe gewinnt der moralische Irrsinn mehr den Anschein grossen Leichtsinnes, während derselbe bei denen der zweiten Gruppe in Form bösartiger, meist mit brutaler Verletzung des Sittengesetzes einhergehender Ausfälle gekennzeichnet ist.

Mehrere Jahre später hatte dieser Verfasser Gelegenheit, seine Ansichten über moralischen Irrsinn an anderer Stelle zu wiederholen.[2]) Was uns im Vergleich mit seiner früheren Arbeit auffällt, ist der Umstand, dass das Vorhandensein von Sinnestäuschungen, die zuweilen die Grundlage von Wahnvorstellungen bilden, als ein Symptom erwähnt wird, welches bei moral insanity mitunter beobachtet wird. Doch ist auch in dieser Arbeit der Schwachsinn, der beim moralischen Irrsinn stets vorhanden ist, als das Wesentliche betont.

Ehe wir dazu kommen, die historische Darstellung der Lehre vom moralischen Irrsinn zu schliessen, wollen wir noch der Arbeit Holländer's[3]) gedenken, der mit seiner Ansicht über das Wesen der moral insanity vereinzelt blieb.

---

[1]) Gauster: „Ueber moralischen Irrsinn (moral insanity) vom Standpunkte des praktischen Arztes." Wiener Klinik, III. Jahrg., 4. Heft, 1877.

[2]) Gauster, l. c. in Maschka's Handbuch, Tübingen 1882.

[3]) „Die Lehre von der moral insanity" von Dr. A. Holländer. Jahrbücher für Psychiatrie, IV. Band, 1. Heft, 1882.

Holländer wies darauf hin, dass der Defect der sittlichen Gefühle den steten Kampf mit diesem Defect behafteter Individuen gegen das Gesetz nicht erkläre. Es erkläre ihn auch nicht ein Mangel an Intelligenz, man müsste denn nur einen solchen Grad des Blödsinns annehmen, dass nicht einmal die allereinfachsten Schlüsse producirt werden könnten, denn schon der einfachste Schlussprocess, den die Furcht vor Strafe anregt, genüge, um ein legales Verhalten anzubahnen. Unter Hinweis auf andere Autoren, wie Esquirol, Prichard und Morel, welche Krankengeschichten moralisch Irrsinniger schildern, in denen der Grössenwahn zu Tage tritt, endlich unter Erwähnung Krafft-Ebing's, der die Selbstüberschätzung als ein Symptom des moralischen Irrsinns hinstellt, nimmt Holländer den Grössenwahn als Grundlage aller jener Erscheinungen an, welche die Kranken als Feinde der Ordnung und Sitten erscheinen lassen. Als physiopathologische Basis stellt er nach Meynert die reizbare Schwäche hin — die Schwäche hauptsächlich im logischen Hemmungsapparat des Vorderhirns, die Reizbarkeit in den subcorticalen Sinnescentren.

Wenn wir die psychiatrische Literatur der letzten Jahre, insofern sie sich auf den moralischen Irrsinn bezieht, überblicken, so müssen wir gestehen, dass es bis heute noch nicht dahingekommen ist, eine einheitliche Ansicht über das Wesen des moralischen Irrsinns zu schaffen.

Manche Autoren suchen den Beweis zu bringen, dass ein moralischer Irrsinn als selbstständige Irrsinnsform fallen sollte. [1]) Die Mehrzahl der hierhergehörigen Autoren, von denen wir unten drei angeführt haben, anerkennt nur das Auftreten moralischer Perversität im Beginne oder Verlaufe verschiedener Psychosen. Bini lässt moralischen Schwachsinn gelten und versteht darunter, dass intellectuelle Schwäche mit ethischer Schwäche gepaart solche Defectmenschen charakterisire. Hier ist aber der Schwachsinn

---

[1]) Siehe: Tryde: „Ueber das sogenannte moralische Irresein." Schmidt's Jahrb. 189, Heft 3.
Bini: „Das moralische Irresein in Bezug auf die Forderungen der Gesellschaft und der Humanität." Archiv. italiano per le malatie nervose. Mai 1881.
Venanzio: „Moralisches Irresein." Archiv. ital. per le mal. nervose. Bd. XXIV, 5.

die Form der Störung, wie zum Beispiele bei der moralischen Manie die Manie.

Es liegt darin eine Anschauung, die mit jener Gauster's Aehnlichkeit hat, indem auch er den Schwachsinn, die intellectuelle Störung, als das Wesentliche des moralischen Irrsinns hinstellt.

Sander [1]) schildert uns in unten angegebenem Werke zwei Fälle von moral insanity und wir finden in den betreffenden Krankheitsgeschichten sowohl, als in den daran sich schliessenden Gutachten die Schwäche der Intelligenz als die Basis hingestellt, auf der die übrigen krankhaften Erscheinungen aufgebaut sind.

Den Ansichten dieser Autoren stehen jene Forscher gegenüber, welche den Schwachsinn aus dem Symptomencomplexe der moral insanity streichen.

Holländer's hierhergehörigen Arbeit haben wir bereits Erwähnung gethan. Er leugnet den Schwachsinn und leitet den ganzen Symptomencomplex des moralischen Irrsinns von der krankhaften Selbstüberschätzung ab.

In Bezug auf letzteren Punkt blieb er bisher isolirt; was jedoch erstere Ansicht anbelangt, können wir ihm Savage [2]) an die Seite stellen, welcher sich folgendermassen ausdrückt: „Die Intelligenz (beim moralischen Irrsinn) ist entweder gut entwickelt oder durch die Krankheit nicht beeinträchtigt, während eine bedeutende Störung oder ein erheblicher Defect auf dem sittlichen Gebiete besteht."

Und zwischen diesen beiden Parteien, deren eine den Schwachsinn als Basis des moralischen Irrsinns hinstellt, deren andere wieder — mirabile dictu — die gut entwickelte Intelligenz betont, steht eine Gruppe, welche den Defect vorzugsweise auf ethischem Gebiete sucht, dabei jedoch nicht versäumt, die Intactheit der Intelligenz moralisch Irrsinniger anzuzweifeln.

Auf diesem Standpunkte stehen Krafft-Ebing, Krauss, Schüle, Emminghaus, Kraepelin und Andere.

---

[1]) „Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen" von Dr. W. Sander und Dr. A. Richter.

[2]) George H. Savage: „Klinisches Lehrbuch," bearbeitet und erweitert von Dr. Knecht. Leipzig 1887.



Ehe wir zum Schlusse unserer Abhandlung kommen, möge es uns gestattet sein, eine Reihe selbstbeobachteter Fälle zu schildern. [1])

B., 21 J., Handschuhmacher, kam vor nahezu drei Jahren in unsere Anstalt. Er ist ein schwächlich gebautes, mässig genährtes, anämisches Individuum. Am Schädel zeigt sich die Kranznaht in ihren seitlichen Partien leistenförmig hervortretend, die vordere Pfeilnahtgegend ist leicht gratförmig erhoben.

Die obere Partie der Schuppe des Hinterhauptbeines (Gegend des Incaknochens) springt kapselförmig vor. Die linke Pupille ist etwas weiter als die rechte, der rechte Mundwinkel hängt tiefer herab. Der Gaumen ist rechts breiter als links, hoch, sehr schmal.

Die vorderen Gaumenbögen sind mangelhaft entwickelt, verlieren sich in der Schleimhaut der Tonsillen, sind nur etwa 1 Centimeter lang, die Zähne zeigen rhachitische Längs- und Querfurchen, der äussere, obere linke Schneidezahn ist von seinen beiden Nachbarn nach hinten verdrängt. Die rechte Ohrmuschel ist durch Ueberhängen des obersten Theiles des Helix anomal. Der Patient stammt von einem schwachsinnigen Vater. Eine Geisteskrankheit in der Familie soll angeblich nicht vorgekommen sein. Zwei Schwestern des Patienten starben an Fraisen, ein Bruder lebt und ist gesund. Patient war als Kind gesund, er machte in der Schule bedeutende Fortschritte und wurde von seiner Mutter sehr verhätschelt. Er kam zu einem Handschuhmacher in die Lehre. Patient vernaschte, was er dort verdiente, zum grössten Theil, war ein eifriger Besucher von Conditoreien, rauchte früh feine Cigarren.

Sein Dienstherr entliess ihn, weil er mit den Kunden nicht verkehren konnte. — Die Entlassung griff ihn nicht im mindesten an, es war ihm sogar sehr angenehm, sich völlig dem Nichtsthun hinzugeben, spazieren zu gehen, Gast- und Kaffeehäuser zu besuchen.

Fehlte ihm Geld, so versetzte er seine Kleider. Anfangs Januar 1886 verschwendete er in wenigen Tagen 17 fl., liess

---

[1]) Sämmtliche hier angeführten Fälle hat der Verfasser an der Abtheilung des Herrn Primarius Dr. v. Marczell beobachtet. Zur Veröffentlichung dieser Krankheitsgeschichten hat Herr Regierungsrath Dr. Gauster seine gütige Zustimmung gegeben.

sich Duplicate schon saldirter Rechnungen ausstellen und schwindelte so seinem Vater viel Geld heraus. Dafür hatte er keine Reue, erzählte in der schamlosesten Weise, dass er Uhr und Kleider versetzt habe, begehrte in frechem Tone von seiner Mutter Gegenstände zum Versetzen. Für seine Mutter hatte er nur Hohn, Spott und Frechheit, tanzte vor ihr herum, schnitt Gesichter, rief ihr nicht wiederzugebende gemeine Redensarten zu, drohte, ihr den Schädel entzwei zu schlagen und versetzte sie dadurch in grosse Angst. Wenn der Vater ihm mit der Polizei drohte, kniete Patient nieder, weinte und bat, theatralisch agirend, ihn wieder aufzunehmen.

Manchmal war Patient wie verloren, als könne er nicht denken, gab häufig auch auf eindringliche Fragen keine Antwort, war von jeher grob, lügenhaft, reuelos; niemals hatte er eine Lieblingsbeschäftigung, verkehrte mit Niemand, zeigte von Eltern- und Verwandtenliebe keine Spur, hatte für Schicksalsschläge in der Familie nicht das geringste Interesse. Für den Werth des Geldes hatte er kein Verständniss, naschte wie ein Kind, spielte wie ein solches mit seinem viel jüngeren Bruder. Auch impulsive Handlungen sind angedeutet:

Er nahm ein Zündhölzchen, entzündete es und warf es in die Wiege eines schlafenden Kindes; er spuckte sich wiederholt in das Essen und liess dieses stehen, zwang auch Andere dazu, indem er ihnen gleichfalls ins Essen spuckte.

Der Kranke selbst suchte alle diese Handlungen, die er im Allgemeinen zugestand, zu entkräften.

Sein Vater sei sehr streng gewesen und habe durch sein Verhalten zu steten Zwistigkeiten in der Familie Anlass gegeben.

Er (Patient) habe das Recht gehabt, Uhr und Kleider zu versetzen, sie seien ja von seinem Gelde gekauft gewesen.

Seine Mutter habe ihn tyrannisirt. Er habe Geld benöthigt, um Kaffeehäuser zu besuchen und dort Zeitungen zu lesen. Wie hätte er anders zu einem neuen Posten kommen können, als durch die Zeitungsinserate?

Als ihm die Mutter das Geld verweigerte, habe er sie allerdings dann beschimpft und seine Kleider versetzt. So vertheidigt der Kranke mit schwachsinnigen Gründen seine Handlungsweise. Und trotz seines Schwachsinns ist Patient in der Anstalt sehr verwendbar. Er wird in der Kanzlei beschäftigt

und entledigt sich seiner Aufgabe mit musterhafter Pünktlichkeit. Er zeigt sich arbeitsam, gefällig, artig, geht von der Anstalt aus zeitweilig nach Hause und benimmt sich dort vollkommen correct.

* * *

F., 32 J., verh. Diurnist, kam im September 1887 das viertemal in die Anstalt. Der Kranke wurde schon im December 1875 in Folge eines im Rausche provocirten häuslichen Excesses auf die psychiatrische Klinik aufgenommen. Zwei Monate vorher hatte er gleichfalls im angetrunkenen Zustande excedirt, als er nach dem Genuss von angeblich fünf Seidel Wein und einigen Mass Bier noch weiteres Getränk und die Schlüssel zum Kleiderkasten begehrte, welche ihm die Mutter aus mannigfacher Erfahrung über seine Gemeingefährlichkeit nicht vorenthielt.

Er ging mit einem Winterrocke seines Vaters fort, indem er sich noch auf der Stiege das Nachkommen unter Drohung mit dem Messer verbat, verkaufte den Rock und wiederholte bis zu seiner oben erzählten Abgabe auf die psychiatrische Klinik solche bedrohliche Excesse.

Der Kranke stammt, wie die damals erhobene Anamnese ergibt, aus psychopathisch schwer belasteter Familie. Mütterlicherseits war der Urgrossvater geisteskrank, die Urgrossmutter nach Schreck in der Schwangerschaft epileptisch, deren Sohn — ein Grossonkel des Patienten — war gleichfalls epileptisch. Die Grossmutter des Patienten wurde mit sechzehn Jahren tobsüchtig, mit späteren Recidiven. Väterlicherseits war der Grossvater des Patienten irrsinnig. Ausserdem sind die Eltern sehr reizbar, die Geschwister auffallend jähzornig.

Der Kranke selbst litt im Alter von neun Monaten an Fraisen, welche die Anlage zu späteren epileptoiden Anfällen gegeben haben dürften, welch letztere als kurzdauernde Schwindelanfälle mit vorausgehender Uebelkeit auftraten. Zwei Monate vor seinem ersten Aufenthalt an der Klinik stellte sich ein halbstündiger Anfall von Bewusstlosigkeit ein. Auf der Klinik gab er sich fortwährend mit erotischen Unternehmungen ab, knüpfte mit weiblichen Besuchen an, schrieb Liebesbriefe und suchte den Umgang eines Kranken, der durch perverse geschlechtliche Neigungen hervorstach. Dabei zeigte er starke, zornmüthige Erregbarkeit.

Diese krankhafte Reizbarkeit hatte seine bisherige Lebensgeschichte in der Weise beherrscht, dass er schon mit sieben Jahren in der Schule nicht behalten wurde, dann Privatunterricht genoss, später sowohl die Realschule als auch die Handelsschule abbrach, mit 14 und 15 Jahren zweimal nach Abschlagen unbedeutender Bitten aus dem Elternhause durchging, mit 17 Jahren zum Militär assentirt in seiner Dienstzeit 13 Abstrafungen, die Mehrzahl wegen Disciplinarvergehen erlitt (doch auch wegen Veruntreuung), nach seiner Entlassung aus dem Militärverbande nach sechsmonatlicher Dienstzeit als Schreiber im Landesgerichte diese Stelle verliess, weil ihm ein Rausch vorgeworfen worden war, endlich unter Trunkfälligkeit und ohne Beschäftigung die oben erwähnten häuslichen Excesse verübte.

Der Gedanke, dass er eine tadelnswerthe Persönlichkeit sei, lag dem Patienten ganz ferne.

Sein Wesen war von Eitelkeit und Selbstüberschätzung erfüllt; dabei warf er seinem Vater eine feindselige Abneigung und Verfolgung vor.

Von der Klinik gegen Revers entlassen, musste er acht Tage später wegen wiederholter Excesse wieder dorthin gebracht werden, von wo er in die Wiener Irrenanstalt übersetzt wurde.

Von dort verlangte er sich in eine andere Landes-Irrenanstalt und, als seinem Wunsche entsprochen worden war, begehrte er einige Monate später, wieder in die Wiener Anstalt gebracht zu werden, welchem Verlangen abermals entsprochen wurde.

Wiederholt hatte sich seine enorme Reizbarkeit seit seinem Anstaltsaufenthalte in tobsuchtartigen Erregungszuständen gezeigt; einmal hatte er einen Selbstmordversuch mit Chloroform (7·5 Gramm) gemacht. Im December 1879 wurde der Kranke auf Ansuchen seiner Eltern nach Hause beurlaubt.

Er fand als Schreiber in der Irrenanstalts-Kanzlei Verwendung und gerieth in landesgerichtliche Untersuchung wegen Schändung eines neunjährigen Mädchens im Garten der Irrenanstalt.

Da sich jedoch die Angaben der kindlichen Zeugin widersprachen, wurde die Untersuchung eingestellt. Als Patient bald darauf in seiner neuen Stellung als Schreiber bei einem Advocaten eine Summe von 695 Gulden veruntreute, kam er abermals

in Untersuchung und wurde über Antrag der Gerichtsärzte neuerdings der Irrenanstalt übergeben. Von dieser in eine andere Landes-Irrenanstalt auf sein Ansuchen transferirt, von dort im Mai 1885 entlassen, fand er dortselbst abermals als Schreiber eine Anstellung und heiratete nach Aufhebung der Curatel eine Geisteskranke. Im October 1886 besuchte er gelegentlich eines Geschäftsganges ein Gasthaus, wo er circa einen Liter Wein trank.

Bei seinem zweimaligen Erscheinen im Hofe zur Nothdurftverrichtung zeigte er der Wirthin und der Magd zu deren Schrecken sein entblösstes Glied und als er nach Hause ging, warf er an einsamer Stelle ein ihm entgegenkommendes eilfjähriges Mädchen auf einen Sandhaufen, würgte das Kind, drückte ihm gewaltthätig das erigirte Glied zwischen die Schamlippen, deflorirte es jedoch nicht, indem das Kind blos eine Röthung der Schamtheile und ein paar Tage dauernde Schmerzen davontrug. Darauf entfloh er mit Weib und Kind, machte an sich und seiner Frau einen Vergiftungsversuch mit Chloroform, kam darauf in Haft und aus dieser auf Grundlage eines eingeholten Facultätsgutachtens neuerdings in die Wiener Irrenanstalt.

Dieses Gutachten erklärte den hereditär schwer belasteten Patienten, der bereits in seiner frühesten Jugend bei Vorhandensein epileptischer Erscheinungen einen abnormen Charakter zeigt und dessen intellectuelle Beschränkung aus dem Mangel zusammenhängender Gedankenreihen und einer klar zu Tage tretenden Gedächtnissschwäche constatirt wird, für blödsinnig.

Wie verschieden die Ansichten über den psychischen Zustand dieses Patienten waren, mag aus dem hervorgehen, dass derselbe nicht weniger als siebenmal im Gerichtsauftrag von Psychiatern untersucht wurde. Zweimal wurde er für gesund erklärt, zweimal für wahnsinnig, einmal für blödsinnig, zweimal für vermindert zurechnungsfähig. Das achtemal holte das Gericht ein Facultätsgutachten ein, welches ihn für blödsinnig erklärte und seine Abgabe in eine Irrenanstalt begehrte.

*
* *

H., 28 J., Privat, wurde im März 1888 auf Veranlassung seiner eigenen Frau, die er auf offener Strasse bedrohte, arretirt. Er bezeichnete dem Wachmanne gegenüber seine Frau als Kindesmörderin und verlangte auch ihre Arretirung, welche thatsächlich

erfolgte. Die Untersuchung hatte zur Folge, dass Beide wegen Verbrechens der Abtreibung der Leibesfrucht, respective Mitschuld an diesem Verbrechen (begangen im Juni 1887) landesgerichtlich gestraft wurden.

H. bekam eine sechsmonatliche Kerkerstrafe, wurde jedoch nach dreimonatlicher Haft über Antrag der Gerichtsärzte als geisteskrank der Wiener Irrenanstalt übergeben. — H. repräsentirt sich als ein hochgewachsener, schlank gebauter Mann von gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Das Schädeldach zeigt keine Anomalien.

Die rechte Pupille ist merklich weiter als die linke, linksseitig ist eine Facialisparese vorhanden. Der Kranke zeigt eine mässige Hypertrophie des linken Herzventrikels. Häufig — namentlich im Anschluss an eine psychische Erregung — tritt eine rechtsseitige Hemicranie auf, mit gleichzeitiger Hitze, Röthe und Schweisssecretion derselben Gesichtshälfte.

Seine Krankheitsgeschichte zeigt uns eine in seiner frühesten Jugend beginnende und bis nun fortgesetzte Kette von Vergehungen gegen Vernunft, Moral und Gesetz.

Nachdem er an verschiedenen Anstalten das Gymnasium absolvirt hatte, diente er als Einjährig-Freiwilliger, zu welcher Zeit er schon hinter dem Rücken seiner Eltern, indem er Dienst vorschützte, viele Nächte in lockerer Gesellschaft durchschwärmte.

Er trank, spielte, gab sich viel mit Frauenzimmern ab, machte Schulden und wurde auf die Bitten und Vorstellungen seiner Eltern nur erregt und heftig. Als er später zum Lieutenant in der Reserve ernannt wurde, ging er nur mehr in Uniform, vernachlässigte seine Studien — er war an der juridischen Facultät inscribirt — musste die erste Staatsprüfung wiederholen, die zweite bestand er zur Noth, über die dritte kam er nicht hinaus und musste deswegen eine mittlerweile erhaltene Anstellung im Staatsdienste wieder aufgeben.

Während der Zeit seiner Staatsanstellung lebte er fern von seinen Eltern. Zu dieser Zeit benahm er sich wie ein Cavalier, hielt sich ein Reitpferd, bewegte sich mit Vorliebe in der Gesellschaft von Officieren und machte Schulden über Schulden.

Nun sollte er sich dem Bankfache widmen. — Früher aber musste er sich die für diese Beschäftigung nöthigen Kenntnisse erwerben.

Zu diesem Behufe trat er in ein Institut ein. Aber schon nach sechs Wochen zerkriegte er sich mit dem Instituts-Director, so dass ihm dieser den weiteren Unterricht kündigte.

Damals machte H. Bekanntschaft mit dem Afrikareisenden Dr. C. Er beschloss mit diesem eine Expedition nach Afrika und erhielt zum Zweck der Reise von seinem Vater 400 fl., die ihm der Vater anfangs verweigert hatte, worauf der Sohn den Vater beim Bezirksgerichte belangte und über Vermittlung des Bezirksrichters die verlangten 400 fl. vom Vater wirklich erhielt.

Schon von Brüssel aus verlangte H. von seinem Vater neuerdings Geld, welches dieser anfangs verweigerte, endlich aber doch schickte. Nun begab sich H. nach Banána und erwartete dort den bekannten Afrikareisenden Dr. L., dem er sich anschloss.

Bald aber zeigte sich wieder die Unverträglichkeit des H., er bekam Streit mit der Begleitung des Dr. L., wurde verdrossen und, als er noch überdies an Fieber erkrankte, kehrte er um und kam zur grössten Ueberraschung seiner Eltern nach einer Abwesenheit von einigen Monaten wieder in Wien an. Seine Erlebnisse schilderte er in mehreren Feuilletons, die er an einige in- und ausländische Blätter verkaufte. Nunmehr wollte sich H. dem Militärdienste widmen.

Während er bei einem Regiment in Salzburg zum Zweck seiner praktischen Ausbildung diente, sollte er sich zu einer zu seiner definitiven Ernennung nothwendigen Prüfung vorbereiten.

Beim Regimente wurde er in Folge seiner Unverträglichkeit in rascher Aufeinanderfolge in vier Duelle verwickelt, deren zwei zur Austragung kamen. Darauf liess er sich ohne Vorwissen seiner Eltern von der Infanterie zu einem Huszaren-Regiment transferiren, erschien zur grössten Ueberraschung seines Vaters bei diesem als Huszaren-Lieutenant und verlangte ungestüm Geld zur Bezahlung seiner Uniform, zum Ankauf eines Reitpferdes, Sattels etc. Als er das Geld hatte, reiste er zu seinem Regiment nach Ungarn. Später erfuhr der Vater, dass der Sohn die Prüfung nicht bestanden hatte, dass er daher auch nicht zum activen Lieutenant ernannt werden könne.

Bald darauf theilte ein Freund des Vaters diesem mit, dass der Sohn geheiratet habe. Thatsächlich war H. hinter dem Rücken seiner Eltern in den Ehestand getreten. Kurze Zeit

später verlangte er von dem Vater etliche tausend Gulden zur Gründung einer künstlichen Fischzucht.

Doch ehe über dieses Project zwischen Vater und Sohn verhandelt werden konnte, wurde Letzterer aus oben angeführtem Grunde verhaftet.

Nach Angabe des Vaters des Patienten ist eine Cousine der Mutter des Patienten irrsinnig gestorben.

Die Mutter selbst, sowie deren Brüder und Schwestern leiden Alle an zeitweilig auftretenden heftigen Kopfschmerzen, woran seinerzeit auch ihre beiden Eltern laborirt haben sollen.

Der Kranke sucht hier in ruhigen Momenten durch übertriebene Höflichkeit zu imponiren. Sowie jedoch in seine Angaben, welche sein expansiv gehobenes Selbstbewusstsein zeigen, confus, widersprechend und in ihren Motivirungen geradezu schwachsinnig sind, ein Zweifel gesetzt wird, verfällt er in Erregung, ergeht sich in Anschuldigungen und Verdächtigungen anderer Personen, bringt zu seiner eigenen Purificirung die absurdesten Verdrehungen und Behauptungen vor.

Das Gedächtniss des Patienten ist geschwächt. Nicht nur, dass er über sein Vorleben kaum mehr als eine summarische Erinnerung zeigt, weiss er von einem Tag auf den anderen nicht, welche Angaben er über ein oder das andere Gesprächsthema gemacht hat, wodurch er sich in fortgesetzte Widersprüche verwickelt.

* * *

S., 45 J., Bahnbeamter, wurde erst vor sechs Wochen der Landes-Irrenanstalt Wien übergeben und repräsentirt sich als ein mittelgrosses, gedrungenes Individuum.

Linksseitige Fascialisparese, Tremor der Zunge. Leichter Katarrh der Lungenspitzen, zeitweilige Hämoptoë. Der Kranke war auf Veranlassung seiner Frau der Anstalt zugeführt worden. Er stammt von einem Vater, der stets ein heftiger, excentrischer Mensch gewesen war. Die Mutter und die älteste Schwester des Patienten sind taub. Letzterer war seit jeher ein heftiger, exaltirter Mensch, zu Zornesausbrüchen sehr geneigt, bald vergnügungssüchtig und verschwenderisch, bald wieder trübsinnig, verlogen, gewaltthätig und in letzterer Zeit auch trunksüchtig.

S. war bis zum Jahre 1869 Officier. In diesem Jahre wurde er in ein Duell verwickelt, schlug sich, hieb aber nach dem Waffengang auf den ahnungslosen Secundanten seines Gegners ein und verwundete ihn schwer. Das Ehrengericht erklärte den Thäter seiner Charge verlustig.

Bald darauf fand S. Stellung als Beamter bei den Staatsbahnen. Im Jahre 1884 wurde seine Geistesstörung zum erstenmal seiner Frau klar, als er gelegentlich einer Reise in einem Hôtel zu Salzburg Frau und Kinder erschiessen wollte. Später waren häusliche Scenen, Misshandlungen seiner Angehörigen, selbst seiner greisen Mutter, an der Tagesordnung. Dabei war der Kranke sehr eitel und selbstbewusst. Er trug lange Haare, die ihm die Frau täglich zu Locken brennen musste, liess sich gerne Doctor oder Professor tituliren. Mangelte ihm Geld, so erpresste er es durch rohe Gewaltthätigkeiten von seiner Frau.

Seinen Gehalt hatte er gewöhnlich schon in den ersten Tagen eines jeden Monats verschwendet. In letzterer Zeit nahm sein Zustand, wahrscheinlich in Folge des Alkoholmissbrauches, eine Wendung zum Schlimmeren. Er kündigte seine Wohnung in Wien in den Zeitungen an, obwohl Niemand ans Ausziehen dachte. Er nahm sich in der Nähe von Wien eine Sommerwohnung, in der er nie schlief; dort ging er bei Tag in einem eleganten Sammtanzuge und barfuss spazieren.

In einem kleinen Gärtchen seines Hauses in Wien liess er prachtvolle Gas- und Wasserleitungsanlagen herstellen. Mit einer unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehenden Person begann er ein Liebesverhältniss. Es liegen Briefe an dieses Frauenzimmer vor, worin er in den zärtlichsten Ausdrücken mit ihr verkehrt. Er verschwendete, wie aus seinen eigenen Aufzeichnungen hervorgeht, an dieses Mädchen Summen, welche seine Einkünfte weit überstiegen.

Trotzdem verkehrte er auch mit anderen Mädchen, von denen bezeichnende Briefe vorliegen, und verbrachte in solcher Gesellschaft die Nächte.

Wiederholt schwebte seine Frau in der grössten Lebensgefahr, wurde von ihm mit dem Revolver bedroht, beschimpft, geschlagen und gewürgt.

Zuletzt hieb er die Frau mit den Fäusten so lange auf den Kopf, bis sie bewusstlos wurde. Der herbeigerufene Arzt

machte die Anzeige, welche die Abgabe des S. in die Irrenanstalt zur Folge hatte.

In der Anstalt kam die leichte Erregbarkeit des Patienten, der ohne jede Kranheitseinsicht ist, in wiederholten Zornesausbrüchen zum Ausdruck. Er erklärt, mit Unrecht in einer Irrenanstalt zu sein, wohin ihn nur die Eifersucht seiner Frau und ihre erlogenen Angaben gebracht hätten.

Alle seine Handlungen, aus denen seine defecte Intelligenz hervorgeht, begründet er — wenn er sie nicht lieber rundweg ableugnet — mit schwachsinnigen Gründen. So habe er die Haare lang und in Locken gebrannt getragen auf ärztlichen Rath, ebenso sei er nur deswegen barfuss gegangen, weil es ihm sein Arzt gerathen habe.

Als ihm seine Aufzeichnungen vorgelegt werden, aus denen die an seine Geliebte verschwendeten enormen Summen hervorgehen, erklärt er, er hätte diese Summen nur aufgeschrieben, um seine Frau zu ärgern. Die Liebesbriefe an seine Geliebte habe er nur geschrieben, um seine Frau, falls sie darauf kommen sollte, eifersüchtig zu machen. Als ihm Briefe vorgehalten wurden, die das Mädchen an ihn geschrieben, und die nebst den Liebesbetheuerungen die stereotype Bitte um Geld enthalten, erklärt er, er könne doch nichts dafür, wenn ein Mädchen sich in ihn verliebt habe und ihn um Geld anginge.

*
* *

S., 18 Jahre, Commis, stammt von einem nervösen Vater. Vier Geschwister des Patienten starben an Fraisen, von den fünf lebenden Geschwistern ist eine Schwester angeblich mit einer Schädelanomalie behaftet und geistig zurückgeblieben.

Patient zeigte in der Jugend keine geistige Abnormität. Er fasste leicht auf und lernte gut, nur musste er wiederholt die Lehranstalt wechseln, weil er sich der Schulordnung nirgends fügte.

Als er 14 Jahre alt war, kam er in eine Glasniederlage, wo er nach 1½jähriger Dienstzeit wegen kleiner Diebstähle entlassen wurde. Er trat nun bei einem Bauglaser ins Geschäft ein und besuchte in den Abendstunden einen Handelscurs.

Dort fand er lockere Gesellschaft, an die er sich innig anschloss und mit der er gegen den Willen seiner Eltern sich umhertrieb.

Endlich blieb er ganze Nächte vom Elternhause fern. Sein brutales Wesen, seine zu den heftigsten Zornausbrüchen führende Gereiztheit steigerten sich allmählich. Er verlangte von seinen Eltern immer mehr und mehr Geld, das er vergeudete. Besonders seine Mutter hatte durch seine Gewaltthätigkeiten zu leiden. Erfüllte sie irgend einen seiner Wünsche nicht, so schleuderte er den nächstbesten Gegenstand nach ihr. Wiederholt drohte er, er werde seinen Vater kalt machen. Wurde ihm Geld verweigert, so nahm er, was er fand, mit Vorliebe Kleidungsstücke, verkaufte die Gegenstände oder versetzte sie. Wenn der Vater mit Strenge gegen den Jungen auftreten wollte, gerieth dieser in tobsuchtartige Erregung, schrie und schimpfte, schlug um sich und zertrümmerte Einrichtungsgegenstände.

Mit einem im Hause wohnenden Mädchen, welches sich keines guten Rufes erfreut, knüpfte er ein Verhältniss an, welches er trotz der Vorstellungen seiner Eltern nicht aufgeben wollte.

Als man ihm wieder einmal Geld verweigerte, erbrach er die Geldlade im Geschäfte seines Vaters und eignete sich einen Betrag an.

Der Kranke repräsentirt sich als ein kräftig gebautes, gut genährtes Individuum von entsprechender Körpergrösse. Rechts ist eine Facialparese vorhanden.

Seine Finger zeigen starken Tremor. Seine Gesichtszüge sind hübsch, das Haupthaar immer sorgfältig gekämmt, überhaupt hält er viel auf sein Aeusseres.

In der Anstalt kam seine Reizbarkeit wiederholt zum Ausbruch. Er weigerte sich anfänglich zu arbeiten, lag wochenlang herum, wies jeden Zuspruch zurück und wenn er einen Wunsch vorbrachte, that er es in brüsker Weise. Seine oben geschilderte Handlungsweise stellte er nicht in Abrede. Nicht er, sondern die schlechte Gesellschaft, in die er gerieth, sei schuld an seinem Handeln.

Dass er sich fremdes Geld und Gut aneignete, erkennt er nicht als Unrecht. Hätte man ihn vor einen Richter gestellt, er wäre sicherlich freigesprochen worden.

Dass er Einrichtungsstücke zertrümmerte, sei wahr; er sei damals eben zornig gewesen, da man ihm Geld verweigerte, damit er das Mädchen nicht ausführen könne.

Durch den Einbruch im Geschäfte seines Vaters habe er sich blos zu dem ihm vorenthaltenen Arbeitslohn verhelfen wollen.

*
* *

G., 26 J., beschäftigungslos. In der Familie des Vaters kamen nervöse Leiden vor. Die Tochter von des Vaters Bruder ist blödsinnig und taubstumm.

Der kräftig gebaute Patient erweckt schon durch seinen stupiden Gesichtsausdruck den Verdacht der Geistesschwäche. Die Schilddrüse ist hypertrophisch.

Die vorgestreckte Zunge zittert stark. Ueber dem linken Tuber frontale sitzt eine circa 1 Centimeter lange, lineare, verschiebbare Narbe, die von einem Säbelhieb herrührt.

Der Kranke stammt aus gutem Hause. Er sollte studiren, musste jedoch wegen Unfähigkeit das Studium aufgeben. Er verrichtete darauf als Schreiber bei einem Advocaten, später als Diurnist beim Bezirksgerichte in seiner Vaterstadt Dienste.

Schon damals zeigte sich sein bedeutender Schwachsinn, so dass er sich kaum zum Abschreiben verwenden liess; ausserdem ergab er sich bereits frühzeitig dem Trunke. So kam es, dass er auch seine Stelle als Tagschreiber verlor. Darüber war er aber durchaus nicht ungehalten. Er liess sich's zu Hause recht gut gehen, beschäftigte sich mit nichts; wenn er Geld bekam, so vertrank er es in Branntweinschänken, kam betrunken nach Hause und excedirte.

Im Jahre 1885 gab er seinen Eltern den Entschluss kund, nach Amerika auszuwandern. Man stattete ihn mit Geld und Allem, was er brauchte, aus, stellte ihn unter den Schutz eines älteren Mannes, welcher gleichfalls auswanderte, und war herzlich froh, als man ihn jenseits des Oceans wusste.

Aber es war noch kein Jahr vorüber, als G. schon wieder zurückkehrte — herabgekommen, verwahrlost, dem Trunke und allen seinen früheren Fehlern noch mehr ergeben als zuvor.

Seitdem war es nicht mehr gelungen, ihn irgend einem Berufe zuzuführen. Alle Versuche, ihn moralisch zu bessern, scheiterten. Im Sommer 1886 ging er seinen Eltern durch, zog fechtend von Ort zu Ort, wurde endlich aufgegriffen und zur Schande seiner Verwandten per Schub in seine Vaterstadt gebracht. Seinen Eltern übergeben, setzte er sein früheres Leben

fort, lungerte unthätig herum, vertrank jeden Kreuzer Geld, dessen er habhaft wurde, in Schnapskneipen.

Im Beginne des letzten Sommers brannte er wieder seinen Eltern durch, kam, von Ort zu Ort bettelnd, nach Wien, wo er eine Verwandte aufsuchte, die, über seinen verwahrlosten Zustand erschreckt, ihm Geld gab, damit er zu seinen Eltern zurückreisen könnte.

Er aber vertrank und vergeudete das Geld, wurde von der Polizei — er weiss selbst nicht wo und wie — aufgegriffen und, der Geistesstörung verdächtig, der psychiatrischen Klinik des allgemeinen Krankenhauses übergeben, von wo er in die Landes-Irrenanstalt abgegeben wurde. Hier gab er seine Lebensweise ohne jedes Schamgefühl zu. Wollte man ihm das Unrecht seines Handelns vorhalten, so kam er in Erregung, gab allem Möglichen die Schuld und stellte sich als das Opfer unglücklicher Verhältnisse hin.

Hauptsächlich habe ihn seine geistige Schwäche ins Unglück gebracht. Wenn er irgend eine Stelle fand, musste er bald einsehen, dass er einer geistigen Arbeit nicht gewachsen sei.

Nicht einmal als Schreiber sei er zu verwenden gewesen, denn ohne dass er es wusste, liess er beim Abschreiben Worte, ja ganze Zeilen weg.

Musste er dann Vorwürfe hören, so ging ihm dies zu Herzen, dann war der Schnaps sein einziger Trost. Er trank nie viel, weil er nie viel Geld hatte, aber Weniges genügte, um ihm die Besinnung zu rauben. Machte man ihm Vorwürfe über sein Trinken, so excedirte er. Oft wurde es ihm zu arg, dann ging er durch. Wovon sollte er aber leben? Er bettelte von Ort zu Ort, denn der Hunger thut weh'. So sank er immer tiefer und tiefer.

In der Anstalt ist dieser Kranke ein sehr fleissiger und unverdrossener Arbeiter. Er erklärt, gerne hier zu sein, er gehöre hieher, draussen könne er sich unmöglich halten, denn er habe keine Willenskraft und gehe, sich selbst überlassen, dem Elend entgegen.

* * *

K., 23 Jahre alt, kam im Jahre 1884 in die Anstalt. Er stammt von einem Vater, welcher Neurastheniker ist.

In seiner zartesten Kindheit soll sein Ernährungszustand ein so ungünstiger gewesen sein, dass man sein frühes Ende befürchtete. Er überstand im dritten Lebensjahre eine Pneumonie mit schweren Gehirnerscheinungen, war damals eilf Tage hindurch bewusstlos.

Später blieb der Knabe in der geistigen Entwickelung hinter seinen Altersgenossen weit zurück, zeigte auffallende Trägheit und mangelhafte Auffassung; je älter das Kind wurde, desto mehr traten diese Fehler hervor. Trotz zahlreicher Lehrer, trotz fortwährenden Wechsels von Lehranstalten und Privatinstituten blieben die Erfolge des Patienten stets ungenügende, so dass er nicht einmal das Untergymnasium absolviren konnte. Während der Kindheit überstand er eine Pleuritis mit bedeutendem und sehr langsam sich resorbirendem Exsudate.

Zudem zeigte sich eine auffällige Veränderung an den Augen, indem dieselben, besonders das rechte, stark nach aus- und aufwärts gerollt wurden, so dass der Kranke einen schielenden Blick erhielt. Der Gang wurde schleppend, der rechte Fuss nachgezogen, es stellte sich nächtliches Bettnässen ein und der Kranke fröhnte der Selbstbefleckung.

Allmählich wurde der heranwachsende Bursche immer arbeitsscheuer, so dass er schliesslich zu keiner geordneten Thätigkeit mehr zu bewegen war. Er gab sich einem ungeordneten Lebenswandel hin, den er weder auf Bitten noch auf Vorstellungen seiner Angehörigen änderte. Er verliess wiederholt eigenmächtig das Elternhaus, verkaufte Kleider, Bücher und Effecten, machte die abenteuerlichsten Lebenspläne, wollte zum Theater gehen, dann wieder Schreiber in einem Incassogeschäft etc. werden, machte überall hinter dem Rücken seiner Eltern die einleitenden Schritte, schliesslich wollte er überhaupt aus dem Elternhause weg und begehrte stürmisch die Herausgabe einer ihm angelegten Summe von 24 fl., um sich damit eine Existenz gründen zu können. Für den Werth des Geldes hatte er gar keinen Begriff. Er verschleuderte jene Summen, die er sich auf widerrechtlichem Wege zu verschaffen gewusst hatte, auf geradezu unbegreifliche Weise, kaufte ganz zwecklose Gegenstände, besuchte Mädchen, die er überzahlte, verrufene Kaffeeschänken etc. Zuletzt glaubten seine Eltern klug zu thun, wenn sie ihn dem grossstädtischen Leben entrückten; deshalb gab man ihn zu einem Förster, damit er

sich dort praktische Kenntnisse im Forstwesen erwerbe und, auf den Verkehr mit seinem Lehrherrn beschränkt, sittlichen Gefahren fernstehe. Dies hielt aber nicht lange. Bald schrieb er seinem Vater einen Brief des Inhalts, dass ihn sein neuer Beruf nicht freue, er möchte lieber „Gastwirthschaft studiren" und ehe ihm noch sein Vater Antwort geben konnte, hatte er schon eigenmächtig seine Stelle als Forstpraktikant aufgegeben und war zu einem Wirth gegangen, bei dem er Kellnerdienste verrichtete.

Dabei war der Patient stets von seinen Fähigkeiten und Leistungen ganz eingenommen, erzählte, dass er als Forstpraktikant eigentlich das ganze Gut selbst geleitet habe, dass er dieses Gut nächstens selbst übernehmen werde; ja er machte sogar unter Hinweis auf seine baldige glänzende Position einem ihm weitläufig bekannten Fräulein schriftlich einen Heiratsantrag.

Im Lügen war er ein Meister. Er erzählte seiner Umgebung oft lange Geschichten, von denen jedes Wort erlogen war. Oft war ein Zweck seiner Lügen gar nicht vorhanden, so dass es schien, dass ihm die Verbreitung erlogener Angaben an und für sich ein Vergnügen mache.

Eine jede geistige Arbeit, wenn sie auch noch so geringfügig war, machte ihm die grösste Mühe.

Sollte er einen Brief schreiben, so fing er zehn- bis zwölfmal an, bis er sich dessen bewusst war, was er schreiben sollte; zudem schrieb er äusserst unorthographisch, liess, wenn er bloss abschreiben sollte, Worte, ja ganze Zeilen aus. Sein Erinnerungsvermögen ist defect. Eine Einsicht in seine Krankheit ist bei dem Patienten nicht vorhanden.

In Bezug auf seinen Körper zeigt sich der Kranke seinem Alter entsprechend entwickelt. Die Bewegungen der Augen sind nicht coordinirt, indem das rechte Auge mehr, das linke weniger nach oben und aussen abweicht. Der Gang ist eigenthümlich holperig, da der Kranke mit dem linken Fuss stärker auftritt als mit dem rechten.

In der Anstalt ist der Kranke ruhig, gutmüthig, beschäftigt sich mit Schreibarbeiten, zeigt jedoch immer einen Hang zum Nichtsthun. Bezüglich seiner Zukunft ist er voller Pläne. Bald will er Förster, bald Schreiber, bald wieder in der Anstalt Wärter werden.

Sowie man den Versuch macht, ihm einige Selbstständigkeit im Handeln zu lassen, geht er vom rechten Wege ab. Als ihm z. B. eine freiere Bewegung in der Anstalt gestattet wurde, knüpfte er ein Liebesverhältniss mit einer Patientin an, welcher er durch die Vermittlung eines anderen Kranken Briefe zukommen liess.

* * *

K., 26 Jahre alt, kam das erstemal im Jahre 1883 in unsere Anstalt. Der Vater leidet an Nystagmus und Zucken der rechtsseitigen Gesichtsmusculatur, die Mutter ist eine sehr reizbare und heftige Person. Schon in den ersten Lebensjahren litt Patient an Fraisen, die erst in seinem sechsten Lebensjahre schwanden. Später kränkelte er beständig, es bildeten sich Drüsenanschwellungen und scrophulöse Abscesse. Im fünften Lebensjahre fiel er auf das Gesicht und zog sich eine Gehirnerschütterung zu.

Im 15. Lebensjahre erkrankte er an Scarlatina mit schweren Hirnsymptomen im Prodomalstadium.

In der Schule machte Patient geringe Fortschritte, begriff schlecht, lernte schwer. Da die Unfähigkeit des Knaben zum Studium immer offenkundiger wurde, gab man ihn nach einem kurzen Versuch, ihn eine Cadetenschule besuchen zu lassen, zum Forstwesen.

Er wechselte wiederholt seine Stelle, zeigte sich faul und unverträglich, ergab sich auch mitunter übergrossem Genusse von Bier, vernachlässigte seinen Dienst. Als ihm einer seiner Vorgesetzten Vorstellungen machte, gerieth er in grosse Erregung, riss ein Gewehr von der Wand und stiess die gefährlichsten Drohungen aus.

Endlich wieder zu seinen Eltern zurückgekehrt, setzte er seinen unthätigen und lasterhaften Lebenswandel fort, war gleich erregt, sowie man ihm seine Fehler vorhalten wollte.

Als ihn seine Mutter einmal hindern wollte, fortzugehen und deswegen die Thüre der Wohnung absperrte, kam es zu einer widerlichen Scene, indem der Kranke die Thür zu erbrechen suchte, endlich unter Beschimpfungen und Bedrohungen seiner Mutter sein Gewehr holte und Miene machte, seine Mutter niederzuschiessen, wenn sie die Thüre nicht aufsperre.

Gab man ihm kein Geld, so erbrach er Kästen, um sich Geld oder Geldeswerth anzueignen und kam dann nicht eher nach Hause, als bis er den letzten Kreuzer angebracht hatte.

Oft ging er in Kaffeeschänken, ohne ein Geld bei sich zu haben, machte Zechschulden, die sein Vater, um weitere Conflicte zu vermeiden, bezahlte. Durch Monate hindurch war sein Lebenswandel eine Kette nichtswürdiger Streiche und gemeiner Excesse.

Da die Eltern den Schwachsinn des Sohnes als die Basis seiner moralischen Verkommenheit erkannten, brachten sie ihn in die Irrenanstalt. Dreimal machten seine Eltern seitdem schon den Versuch, ihn mit Revers aus der Anstalt zu nehmen, immer verfällt der Kranke wieder seinem früheren Lebenswandel, der ihn stets in die Anstalt wieder zurückführt.

Wie sehr der Kranke selbst fühlt, dass ihm jeder moralische Halt fehle, beweisst jene Aeusserung, die er machte, als er das letztemal von seinen Eltern hierher zurückgebracht wurde: „Es sei gut gewesen, ihn wieder in die Anstalt gebracht zu haben, denn man hätte nicht wissen können, was sonst geschehen wäre."

In der Anstalt ist dieser Kranke ein verwendbarer und fleissiger Arbeiter.

Sowie ihm jedoch Freiheiten gestattet werden, missbraucht er sie. Der Kranke ist körperlich wohl. Seine organische Disposition ist in seinem abnormen Schädel zum Ausdruck gebracht.

Der Schädel ist dolichocephal, die Stirne eminent fliehend, an dem hinteren Theile der Sagittalnaht und am vorderen Theile der Frontalnaht sind Synostosen vorhanden.

Das Occiput ist kapselförmig ausgebaucht. Die Supraorbitalränder springen auffallend vor.

* *
*

M., 24 Jahre alt, Commis, stammt von einer schwachsinnigen, übrigens an Hemicranie leidenden Mutter.

Eine Nichte seines Vaters ist geisteskrank. Patient war von jeher schwachsinnig. Sein Vater wollte ihn studiren lassen, jedoch schon in der zweiten Gymnasialclasse war der Knabe den Anforderungen, die man an seinen Geist stellte, nicht gewachsen. Man brachte ihn in ein Geschäft, wo er eine gute Stelle innehatte.

Diese verliess er ganz grundlos und war seither nie mehr zu einer festen Thätigkeit zu bewegen.

Er lungerte unthätig zu Hause herum, erpresste von seinen Angehörigen unter den schwersten Drohungen Geld, nahm Effecten und trug sie fort, um sie zu verkaufen oder zu versetzen. Als ihm sein Vater wieder einmal eine neue Stelle als Commis verschafft hatte, nahm er dort aus der Geldlade dreihundert Gulden und ging mit dem Gelde durch.

Er wurde bald aufgegriffen und zu einer dreimonatlichen Gefängnissstrafe verurtheilt.

Nach Verbüssung der Strafe nahm er seinen früheren Lebenswandel wieder auf, trieb sich beschäftigungslos herum, kam nur nach Hause, um sich von seinen Angehörigen Geld zu holen, das er sich durch Drohungen und durch die rohesten Gewaltthätigkeiten zu verschaffen suchte.

Sein Verlangen nach Geld drückte er nicht im bittenden, sondern nur im befehlenden Tone aus und wiederholt kam es dazu, dass er, als man ihm nicht willfahrte, irgendwelche Einrichtungsstücke in blinder Wuth zertrümmerte.

Allmählich war der Kranke auch dem Trunke verfallen. Einmal stürzte er in schwer betrunkenem Zustande von einem Tramwaywaggon herab und blieb bewusstlos liegen.

Im Sommer 1887 begann er ein Liebesverhältniss mit einer Dienstmagd. Er bewog das Mädchen, den Dienstort zu verlassen, miethete ein Cabinet und lebte dort mit seiner Geliebten gemeinsam. Beide hatten für ihren Unterhalt nur das Wenige, was er von seinen Angehörigen erpresste. Bald war das Mädchen schwanger. Als die Entbindung vorüber war, verliess er seine Geliebte und überliess es ihr, für sich und den Unterhalt seines Kindes zu sorgen.

Er selbst suchte wieder bei seinen Eltern Zuflucht. Eines Abends kam er nach Hause und setzte sich, anscheinend in tiefes Nachdenken versunken, nieder. Plötzlich sprang er auf, begann zu schreien und zu fluchen, bedrohte seine Eltern und excedirte derart, dass der bedrängte Vater um Polizei schickte.

Diese übergab den jungen Mann der psychiatrischen Klinik zur Beobachtung seines Geisteszustandes, und von dort kam er in die Landes-Irrenanstalt.

Patient repräsentirt sich als ziemlich gut genährtes, kräftiges Individuum. Der Schädel ist hydrocephal. Die vorgestreckte Zunge und die Finger zittern.

In der Anstalt ist er ruhig, mit seiner momentanen Lage ganz einverstanden.

Ueber seine Handlungen zeigt er keine Reue. Dass ihn seine Eltern erhalten mussten, findet er ganz selbstverständlich. Es sei ja Pflicht der Eltern, für ihre Kinder zu sorgen.

Auf die Frage, warum er nicht für sein Kind sorgen wollte, erwidert er, er hätte sich ganz auf seine Eltern verlassen, denn diese hätten ihn doch noch immer, wenn seine Noth am grössten war, unterstützt.

Man machte den Versuch, den Patienten mit Schreibarbeiten zu beschäftigen. Er zeigte guten Willen, war jedoch kaum zum Abschreiben zu gebrauchen, weil er Worte ausliess, oft auch Zeilen übersprang, so dass seine Arbeiten immer eine eingehende Correctur erheischten.

Erwähnenswerth ist die Angabe der Eltern, dass der Kranke bis zum Jahre 1883 ausser seinem angeborenen Schwachsinn, de ihn zu geistigen Arbeiten unfähig machte, keine auffallende psychische Abnormität erkennen liess.

In diesem Jahre erkrankte er an einem Gehirnleiden von mehrwöchentlicher Dauer mit zweitägiger Bewusstlosigkeit. Seitdem wurde er unsolid und begann jenen Lebenswandel, den die Krankheitsskizze schildert.

* * *

G., 16 Jahre alt, Praktikant, stammt von einem Vater, welcher an chronischem Wahnsinn litt und in einer Irrenanstalt starb.

Ein Onkel mütterlicherseits war gleichfalls geisteskrank und starb in der Irrenanstalt zu Graz.

Patient, welcher einen hydrocephalen Schädel zeigt, und dessen Gesichtszüge schon den Schwachsinn an den Tag legen, litt in seiner Kindheit an Fraisen. Später blieb er im Wachsthum zurück und repräsentirt sich gegenwärtig als schlecht genährtes, im Verhältniss zu seinem Alter (16 Jahre) wenig entwickeltes, anämisches Individuum.

Er absolvirte die Volksschule und besuchte ein Jahr die Handelsschule, lernte immer schwer und erzielte nur ungenügende Erfolge.

Gegenwärtig kann er kaum schreiben, in seinen schriftlichen Arbeiten zeigen sich orthographische Fehler, die einem zehnjährigen Schulknaben zur Schande gereichen würden.

Beim Abschreiben lässt er Worte aus, schreibt anderentheils wieder Worte nieder, die nicht im Entferntesten irgend welchen Sinn haben, überspringt Zeilen, so dass seine Arbeiten stets unbrauchbar waren.

Die leichtesten Rechenexempel machen ihm grosse Schwierigkeiten. Trotzdem hält er sich für einen ganz intelligenten Menschen und wies die Zumuthung, in der Anstalt die Schule zu besuchen, beleidigt zurück.

Für Laubsägearbeiten und für die Herstellung aus Pappe bestehender Spielereien hatte er sehr viel Sinn, er fand darin seine Lieblingsbeschäftigung und war in der Beziehung einer der fleissigsten Arbeiter.

Auf sein Aeusseres hielt er immer sehr viel, war immer mit peinlicher Nettigkeit gekleidet, sein Haar sorgfältig pomadisirt und gescheitelt.

Zu Hause bot das Leben dieses jungen Mannes eine fortgesetzte Kette grober Verletzungen der Sitte und des Rechtes. Wo er sich Geld aneignen konnte, that er es. Er stahl im Geschäfte, wo er als Praktikant untergebracht war, er bestahl seine Mutter um Geld und Werthsachen, welch' letztere er verkaufte oder verpfändete. Hatte er sich auf diese Weise Geld verschafft, so verzechte er dieses in der Gesellschaft leichtfertiger Dirnen, die er meistens in verrufenen Kaffeeschänken aufzusuchen pflegte.

Versuchte es seine Mutter, ihm mit Ernst entgegenzutreten, so gerieth er in die grösste Erregung und stiess abscheuliche Drohungen aus. Wiederholt drohte er, die Wohnung in Brand zu setzen. Einmal verwirklichte er auch diese Drohung, indem er Spiritus auf die Betten schüttete und denselben anzündete. Als die Flammen emporschlugen, freute er sich darüber und sah den Vorgängen unter Aeusserungen des grössten Vergnügens zu.

Als er durch einige Monate in der Anstalt durch sein ruhiges und fleissiges Betragen das Vertrauen der Aerzte ge-

wonnen hatte, wurde ihm gestattet, in Begleitung seiner Mutter Ausgänge zu unternehmen.

Gelegentlich eines solchen Ausganges drohte er der Mutter, er werde sich umbringen, wenn sie nicht seine Entlassung aus der Anstalt bewirke. Thatsächlich brachte er sich auch mit einem Federmesser eine Verletzung am linken Handgelenke bei, die sich jedoch bloss als ganz oberflächliche Hautdurchtrennung herausstellte.

Später erklärte er, er habe es mit diesem „Selbstmordversuche" nicht ernst gemeint, es sei ihm nur darum zu thun gewesen, seine Mutter seinen Anforderungen gefügiger zu machen.

Nach mehr als einjähriger Anstaltspflege wurde der Kranke seiner Mutter in häusliche Pflege übergeben und ist seitdem unserer Beobachtung entrückt.

* * *

Wir haben die Geschichte des moralischen Irrsinns verfolgt und sind zu dem Resultate gekommen, dass eine einheitliche Ansicht über das Wesen dieser psychischen Entartung bisher nicht vorhanden sei. Aus einer Reihe von Krankheitsgeschichten, die sich auf Fälle beziehen, welche wir mit dem gebräuchlichen Namen „moralisches Irresein" belegen dürfen, glauben wir die Ueberzeugung gewonnen zu haben, dass jenes psychische Symptom, welches allen diesen Fällen zukommt, ein mehr weniger ausgesprochener Schwachsinn ist. Und nicht nur allein dieses ergibt sich aus der Betrachtung dieser Fälle, es geht vielmehr aus ihnen hervor, dass der Schwachsinn die Basis ist, auf der die übrigen Symptome fussen, dass die intellectuelle Idiotie das Wesen des moralischen Irrsinns ist, auf welche die sittliche Idiotie zurückgeführt werden muss.

Mehrere Autoren folgten in der Lehre vom moralischen Irrsinn Prichard und behaupteten eine Depravation des Gemüthszustandes, eine Demenz des Gemüthes bei geistiger Integrität. Wie ist dies aber möglich? Alle Gefühle und Begierden, die gleichzeitig ihre Rechte geltend machen und die Richtschnur des Handelns abgeben, insofern nicht ein hemmender Einfluss die Handlung hindert oder modificirt, beruhen ja auf Vorstellungen, und zwar auf besimmten Vorstellungen.

Die Vorstellungen bilden mithin ein Element des menschlichen Seelenlebens, welches die Gefühle und Begierden in sich fasst — die letzteren sind von den ersteren abhängig — und wenn die geistige Integrität, die Intactheit des Vorstellens, vorhanden ist, geht daraus auch die Integrität der Gefühle und Begierden, die Intactheit des Gemüthes, mit Nothwendigkeit hervor.

Und umgekehrt, wenn die geistige Integrität nicht vorhanden ist, ist dadurch auch die Integrität der Gefühle und Begierden gestört, das heisst, eine Störung des Geistes bedingt eine Störung des Gemüthes, und diese ist ihrerseits wieder, wo sie vorhanden ist, auf eine Geistesstörung znrückzuführen.

Wenn wir daher beim moralischen Irrsinn eine Störung des Gemüthslebens constatiren, so müssen wir diese auf eine Störung des Geistes zurückführen. Ein moralischer Irrsinn als Störung des Gemüthes bei geistiger Integrität ist nicht denkbar.

Bei jenen Individuen, die wir mit moralischem Irrsinn behaftet erklären, ist das Vorstellungsvermögen gestört, es ist die geistige Integrität nicht vorhanden, wir halten solche Kranke für schwachsinnig.

Der Schwachsinn ist nicht immer ein in die Augen springender, schon bei oberflächlicher Prüfung eines Individuums zu erkennender geistiger Defect, er ist ein Defect, der in vielen Abstufungen bei verschiedenen Individuen vorhanden ist, vom ausgesprochenen Blödsinn bis hinauf zu jener Stufe, auf der der Schwachsinn nur auf Grundlage der Definition dieses Begriffes als solcher angesprochen werden kann.

Im gewöhnlichen Leben geht der Laie mit der Diagnose Schwachsinn von ganz subjectivem Standpunkte aus vor, und was dem auf der Höhe der Intelligenz Stehenden den Eindruck des Schwachsinnes macht, imponirt dem tiefer Stehenden als geistige Ueberlegenheit. Wo es sich jedoch um den Nachweis des Schwachsinnes handelt, ist es eben nicht gestattet, von einem subjectiven Standpunkte auszugehen, sondern es ist der Beweis zu führen, dass das Gebaren des Kranken berechtigt, seinen Schwachsinn als Basis seiner Krankheit hervorzuheben.

Auch bei geistiger Defectuosität sind Vorstellungen vorhanden, sie sind jedoch abnorm, und wenn sie zu Schlüssen verarbeitet werden, so geht aus diesen Schlüssen der Defect des

Vorstellungsvermögens hervor. Wir wollen also in der Unfähigkeit des Schliessens den Schwachsinn suchen und auf seiner Basis, auf der Basis der krankhaften Vorstellungen und falschen Schlüsse entstehen jene Gefühlsanomalien, entstehen jene Perversitäten des Handelns, die den Kranken in die Hände des Irrenarztes führen.

Gefühle und Begierden zusammen bilden jenes geistige Element, welches das Gemüthsleben repräsentirt. Gefühle und Begierden sind alterirt, wenn das Gemüthsleben eine Alteration erfährt, und wo das Gemüthsleben abnorm ist, ist auch abnormes Fühlen und Begehren vorhanden.

Wenn das Gefühl für Recht und Unrecht nicht vorhanden ist, so können wir nicht annehmen, dass dies ein ganz vereinzelter Defect sei, wir müssen vielmehr annehmen, dass hier eine Alteration des ganzen Gemüthes vorhanden sei.

Wir haben gesehen, in wie innigem Connex Geist und Gemüth zu einander stehen, wie sie fest miteinander verschmolzen sind. Wir müssen daher auf Grund unserer vorausgegangenen Schlüsse annehmen, dass dort, wo das Gefühl für Recht und Unrecht mangelt, eine Störung des Gemüthes und mit dieser eine Störung des Geistes vorhanden sei.

Wir können nicht leugnen, dass der moralische Irrsinn den damit Behafteten verbrecherische Handlungen ausführen lässt, die den Charakter des Vorbedachten und Ueberlegten haben. Wenn wir aber hier von verbrecherischen Handlungen sprechen, so greifen wir nur nach einem Ausdruck, welcher der Qualification solcher Handlungen bei jenen Individuen entspricht, die da nach freier Selbstbestimmung gegen Vernunft, Moral und Gesetz verstossen. Wir machen damit gewissermassen einen Vergleich, denn nicht verbrecherische Handlungen sind es, es sind Handlungen des Geisteskranken, den nicht freie Selbstbestimmung auf seinem Wege führt.

Hier stehen wir in einem Grenzgebiete, das zwei verwandte, oft verwechselte und mitunter so schwer zu sondernde Begriffe trennt: Verbrechen und Wahnsinn.

Wir haben gezeigt, dass alle Momente, die dem moralischen Irrsinn als Symptome zugerechnet werden, sich zurückführen lassen auf eine gemeinsame Basis: auf den Schwachsinn.

Der angeborene oder erworbene Schwachsinn ist die Grundlage, auf der jene Erscheinungen zur Entwickelung kommen,

die ganz mit Unrecht zu einer selbstständigen Krankheitsspecies, dem moralischen Irrsinn, zusammengefasst wurden.

Es ist von vielen Autoren darauf hingewiesen worden, dass nicht selten im Anfangsstadium oder im Verlaufe einer Psychose Symptome auftreten, die dem unter dem Namen moralischer Irrsinn zusammengefassten Symptomencomplex entsprechen. Die senile Involution des Gehirns, die Epilepsie, der Alkoholismus, die progressive Paralyse, die maniakalischen Stadien circulärer und periodischer Formen fördern in häufigen Fällen Erscheinungen zu Tage, die den Kranken mit dem Gesetze in Conflict bringen. Jeder Psychiater kennt derartige Fälle, die in zahlloser Häufigkeit auftreten.

Warum aber verfallen derartige Geisteskranke auf solche Handlungen?

Wenn wir analoge Aeusserungen krankhafter Ursachen klinisch beobachten, dürfen wir wohl auch auf die Analogie der genetischen Momente zurückschliessen. Solche Kranke leiden alle an einer krankhaften Reizbarkeit, wozu noch die Störung in den intellectuellen Functionen sich gesellt, indem die schwierigeren Coordinationen der Denkacte zerfallen und das Gehirn einer Function verlustig wird, der es ehedem vollkommen genügen konnte.

So steht es bei dem Paralytiker, Alkoholiker, Epileptiker, bei dem an seniler Demenz Leidenden. Es fehlt eben die psychische Coordination und dadurch ist die Schlussbildung eingeschränkt.

Aber auch beim moralischem Irrsinn haben wir die krankhafte Reizbarkeit und auch bei ihm haben wir die Insufficienz des schlussbildenden Apparates — den Schwachsinn, der hier zumeist hereditär überkommen und, in defecter Organisation des Centralapparates gelegen, angeboren ist.

Was dort auf einen erworbenen, das ist hier auf einen angeborenen Defect zurückzuführen.

Während wir aber dort die Psychosen bei ihrem Namen nennen und von Paralyse, seniler Demenz u.s.w. reden, sprechen wir hier den angebornen oder erworbenen Blödsinn mit einem speciellen Namen an und reden von moralischem Irrsinn, indem wir nur die Symptome, nicht aber das Wesen der Krankheit in der Benennung derselben würdigen.

Von einem moralischen Irrsinn als solchem sollte also nie gesprochen werden, wir können höchstens von Schwachsinn in Form moralischen Irrsinns sprechen.

Am besten ist es jedoch, wir lassen diesen unglücklichen Ausdruck, der so viel Verwirrung, so viel gelehrten Streit schuf, fallen und sprechen den moralischen Irrsinn als das an, was er ist — als Blödsinn.

Literatur.

Bannister, „Ueber Gemüthsirresein (emotional insanity) in seinen gerichtlich-medicinischen Beziehungen." Journal of nerv. and. ment. Diverse. Januar 1880.

Bini, „Das moralische Irresein in Bezug auf die Forderungen der Gesellschaft und der Humanität." Archiv. ital. p. e. malatie nervose. Mai 1881.

Brosius, „Psychiatrische Abhandlungen für Aerzte und Studirende." Neuwied 1863.

Emminghaus, „Die physischen Störungen im Kindesalter." Tübingen 1887.

Gauster, „Ueber moralischen Irrsinn (moral intanity) vom Standpunkte des praktischen Arztes." Wiener Klinik, III. Jahrgang, 4. Heft, 1887.

— — „Psychische Entartungen" in Maschka's Handbuch, Tübingen 1882, IV. Band.

Grilli, „Sulla pazzia morale." Archiv ital. Heft VI, 1880.

Grohmann, „Innere krankhafte Affectionen des Willens, welche die Unfreiheit verbrecherischer Handlungen bestimmen." Nasse's Zeitschrift für psychische Aerzte, 1819.

Guislain, „Geisteskrankheiten, übersetzt von Dr. Heinrich Lähr, 1853."

Heinrich, „Kritische Abhandlung über die von Prichard als moral insanity geschilderte Krankheitsform." Allg. Zeitschr. f. Psych., V, 4.

Holländer, „Die Lehre von der Moral insanity", Jahrbücher für Psychiatrie, IV. Band, I. Heft, 1882.

Knop, „Ueber moral insanity," Vortrag, gehalten in den Sitzungen der Psychiatrischen Section zu Breslau. Siehe Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. XXXI, 1875.

Kraepelin, „Psychiatrie," Leipzig 1887.

Krafft-Ebing, „Die Erblichkeit der Seelenstörungen und ihre Bedeutung für die forensische Praxis." Friedreich's Blätter, XIX. Jahrg., III. Heft, 1868.

— — „Die Lehre vom moralischen Wahnsinn und ihre Bedeutung für das Forum," in Friederich's Blätter, Band XXII, 1871.

— — „Grundzüge der Criminalpsychologie auf Grundlage des Strafgesetzbuches des Deutschen Reiches." Erlangen 1872.

— — „Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie." Stuttgart 1875.

— — „Lehrbuch der Psychiatrie." Stuttgart 1879.

Krauss, „Die Psychologie des Verbrechens," Tübingen 1884.
Legrand du Saulle, „Die erbliche Geistesstörung," Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Stark. Stuttgart 1874.
Leubuscher, Rudolf, Dr., „Bemerkungen über moral insanity und ähnliche Krankheitszustände." Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde, 1848, Nr. 50 und 51.
Maudsley, „Die Physiologie und Pathologie der Seele," nach des Originales zweiter Auflage bearbeitet von Dr. Rudolf Böhm. Würzburg, 1870.
— — „Ueber die medicinische Psychologie.", Deutsche Klinik, 1873, II und III.
Morel, Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales, considérées dans leur nature, leur traitement et leur rapport avec la médicine legale des aliénés. Paris, Victor Masson, 1852 et 1853.
— — „Traité de la médecine legale des aliénés." Paris 1866.
— — De l'hérédité progressive ou des types dissemblables et disparates dans la famille." Paris 1867.
Nasse, Fr., Jacobi's und Nasse's Zeitschrift, Band I, Berlin 1838.
— — „Die Gemüthskrankheiten." Zeitschr. f. Psych., IV, 4, 1847.
Prichard, „A treatise on insanity and other disorders affecting the mind." London 1835.
Sander und **Richter,** „Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen." 1886.
Savage, „Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten und Psychosen." Bearb. und erweitert von Knecht. Leipzig 1887.
Schüle, „Klinische Psychiatrie", Leipzig 1886.
Solbrig, „Verbrechen und Wahnsinn." 1867. Ein Beitrag zur Diagnostik zweifelhafter Seelenstörungen für Aerzte, Psychologen und Richter. 1874.
Stolz, „Gedanken über moralisches Irresein (moral insanity)." Zeitschr. f. Psych., XXXIII, 1877.
Tryde, „Ueber das sogenannte moralische Irresein." Schmid's Jahrb., Bd. 189, Heft 3.
Venanzio, „Moralisches Irresein." Archivio italiano per l. mal. nerv. Bd. XXIV, 5.
Zeller, „Bericht über die Anstalt zu Winnenthal." Allgem. Zeitschr. f. Psych., V, 2.

Neuralgie und Psychose.

Casuistische Mittheilung [1]) vom Docenten

Dr. Julius Wagner.

Das Vorkommen von Neuralgien bei Psychosen ist ein sehr häufiges, und allgemein bekannt sind die Fälle, in denen neuralgische Sensationen bei zur Wahnbildung geneigten Kranken die Grundlage zum Aufbau einer Wahnidee abgeben. Seltener und auch weniger bekannt sind die Fälle, in denen die Neuralgie gewissermassen dem ganzen Krankheitsbilde zu Grunde liegt und alle krankhaften Aeusserungen sich auf die bestehende Neuralgie zurückführen lassen.

Griesinger [2]) hat zuerst auf diese Zustände aufmerksam gemacht in einem Vortrage, den er zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik in Berlin hielt. Er spricht von Formen von Geisteskrankheit, die mit Sensibilitätsanomalien gewöhnlicher Art so direct zusammenhängen, dass die ganze Krankheit anfangs nur eine abnorme Sensation und noch gar keine wirkliche Aberration in der Sphäre des Gemüthes oder gar der Intelligenz ist. Griesinger vergleicht dann diese Neuralgien in ihrem Verhältniss zur Geisteskrankheit mit der Aura im Verhältniss zum epileptischen Anfalle und spricht in Verfolgung dieses Gedankens von einer Art permanenter, nicht explosiver Aura, welche nichts Anderes als eine Geisteskrankheit setzt.

---

[1]) In der Sitzung des psychiatrischen Vereines zu Wien vorgetragen am 22. November 1880 im Anschlusse an den dasselbe Thema behandelnden Vortrag des Herrn Dr. Gabriel Anton.

[2]) Arch. f. physiol. Heilk. VII.

Der nachfolgende Fall wäre nun ein Beispiel hiervon, und zwar müsste man denselben nach Griesinger's Nomenclatur als Frontalangst oder Dysthymia neuralgica frontalis bezeichnen.

Es handelte sich in dem Falle um eine 31jährige Hauersgattin. Eine hereditäre Belastung war bei ihr nicht nachweisbar. Patientin hatte sechsmal entbunden; drei von ihren Kindern sind an hitzigem Wasserkopf zu Grunde gegangen; eines der drei lebenden hat an Fraisen gelitten. Patientin selbst hatte schon als Kind viel an Kopfschmerzen und an häufigen Ohnmachtsanwandlungen gelitten. Vor drei Jahren will Patientin nach einer Entbindung eine Entzündung am linken Auge durchgemacht haben; damals soll aber vollständige Heilung eingetreten sein.

Ihre letzte Entbindung erfolgte $^3/_4$ Jahre vor ihrer Aufnahme. Acht Tage nach der Entbindung verliess sie das Bett und dabei will sie sich verkühlt haben. Sie bekam unmittelbar darauf Kopfschmerzen und ein Augenleiden. Sie zog neun Wochen zu Hause damit herum; dann kam sie nach Wien auf die Klinik des Professors Jäger. Dort blieb sie fünf Wochen und ging dann, wie sie angibt, gegen den Rath der Aerzte und Wärterinnen nach Hause. Professor Jäger soll ihr angeblich gesagt haben, das Auge müsse operativ entfernt werden. Nach eingeholten Erkundigungen erwies sich aber das als unrichtig. Sie wurde entlassen, weil mit ihrem Auge nichts weiter anzufangen war.

Sie war schon auf der Augenklinik durch ihr ängstliches Wesen und durch ihre fortwährenden unsinnigen Klagen aufgefallen. Zu Hause ging sie wieder in die Arbeit; dabei soll sich ihr Auge neuerdings entzunden haben und sie bekam Schmerzen im Auge und in der ganzen linken Kopfhälfte. Nach Angabe des Aufnahmsparere machte sie sich zu Hause fortwährend Vorwürfe, dass sie die Augenklinik verlassen habe; die Wärterinnen hätten ihr gesagt, sie solle bleiben, weil sonst der Teufel in sie fahren werde. Sie war sehr aufgeregt und wollte sich mehrmals mit der Hacke den Schädel einschlagen, um sich aus der Welt zu schaffen. Sie wurde deshalb auf die psychiatrische Klinik im allgemeinen Krankenhause gebracht. Dort war sie apathisch, hielt sich meist zu Bette, weil der Teufel in sie fahre, mit welchem Ausdrucke sie offenbar die Anfälle von Kopfschmerzen bezeichnete.

Bei der Aufnahme auf der psychiatrischen Klinik in der n. ö. Landes-Irrenanstalt am 24. August 1883 klagte sie über heftige Schmerzen im linken Auge und in der linken Stirnhälfte; sie sagte ausserdem, das Auge sei voll Eiter und müsse herausgeschnitten werden. Sie zeigte ein ängstliches, aufgeregtes Wesen und wollte wieder fort. Nachts war sie schlaflos.

Im weiteren Verlaufe brachte sie fortwährend Klagen vor, die sich auf ihr Auge bezogen. Sie habe rasende Schmerzen, es drehe ihr den Augapfel um; derselbe sei voll Eiter und müsse herausgeschnitten werden. Sie habe ein Thier im Kopfe, das ewig beisse. Später klagte sie auch über allerlei Sensationen in der Zunge und im Gaumen. Dazwischen brachte sie Selbstanklagen vor. Sie hätte sollen dem Rathe der Aerzte folgen; sie habe das böse Auge bekommen, weil sie in der Schwangerschaft einen bösen Gedanken gehabt habe; es stecke der Teufel in ihr. Alle ihre Ideen waren stets in Verbindung mit ihrem körperlichen Leiden. Sie liegt tagelang in einem Winkel, klagt und jammert; oder sie geht auf und ab, greift immer nach dem Kopfe, reibt an demselben herum und schlägt sich an die Stirne. Bei der Visite springt sie auf, klammert sich an die Aerzte und bittet, man möge sie umbringen, denn sonst müsste sie ewig leben, sie könne nicht sterben. Für Zuspruch ist sie taub und sie legt vollständigen Mangel an Vertrauen in die therapeutischen Massnahmen an den Tag.

Inzwischen war sie manchmal ruhiger, in ihren Aeusserungen klarer, zeigte selbst Krankheitsbewusstsein; aber auch dann wich die Verstimmung und der schmerzliche Gesichtsausdruck nicht.

In der Weise dauerte der Zustand vom 24. August bis 17. October 1883 an. An letzterem Tage zeigt sich Patientin plötzlich in ihrem ganzen Verhalten verändert; sie ist heiter und freundlich, der sonst schmerzlich verzogene Gesichtsausdruck klärt sich; sie gibt an, dass sie sich jetzt vollständig frei von Schmerzen fühle; so wohl sei ihr schon lange nicht gewesen. Ihre früheren Klagen und die geäusserten Wahnideen erklärt sie als Unsinn und Uebertreibung. Sie verlangte Arbeit, ass mit Appetit und schlief gut.

Diese Besserung war aber keine dauernde und von jetzt ab manifestirte sich der neuralgische Charakter der Störung noch auffallender in dem anfallsweisen Auftreten derselben.

Patientin war abwechselnd durch einen oder mehrere Tage in dem alten Zustand, zeigte dasselbe Verhalten und äusserte dieselben Wahnideen, wie auf der Höhe der Erkrankung, machte sogar hin und wieder irgend welche Anstalten zur Selbstbeschädigung. Dann war sie wieder durch mehrere Tage von Schmerzen frei, heiter und zeigte dann auch volle Krankheitseinsicht.

Allmählich wurden die Anfälle seltener und blieben endlich vom 14. Januar ab vollständig aus. Patientin hatte unterdessen körperlich ungemein zugenommen, nämlich im Verlaufe von fünf Monaten um 20 Kilogramm; Anfangs März trat endlich auch die Periode ein, die seit der Entbindung ausgeblieben war, und am 17. März wurde Patientin geheilt entlassen.

Hier handelt es sich also um einen Fall, in dem eine neuralgische Sensation im engsten Zusammenhange mit einer Psychose steht, so dass die erstere der letzteren vollständig den Inhalt gibt und die eine mit ihren Schwankungen der anderen ganz parallel geht, wobei allerdings die Frage offen bleiben muss, ob die Psychose durch die Neuralgie ausgelöst wurde, oder ob beide als von einer gemeinsamen Ursache abhängige, coordinirte Erscheinungen anzusehen sind.

In anderen Fällen ist die Neuralgie, um mit Griesinger zu sprechen, auch eine Aura, aber eine explosive, wie die des epileptischen Anfalles, und das, was durch die Neuralgie gesetzt wird, ist ein Anfall von psychischer Störung, oft eine Gewaltthat. Es haben diese Anfälle die grösste Aehnlichkeit mit den als psychische Epilepsie oder als psychisches Aequivalent beschriebenen Zuständen. Ich habe vor Kurzem in einem Aufsatze[1]) auf die innige Beziehung dieser Anfälle von Geistesstörung zu Traumen hingewiesen und habe gezeigt, dass in manchen Fällen eine anfallsweise auftretende Neuralgie das Bindemittel zwischen Trauma und psychischer Störung herstellt.

Um einen derartigen neuralgischen Anfall, der zu einem Ausbruche von Geistesstörung führt, also nach Griesinger um eine Dysthymia neuralgica transitoria, handelt es sich in folgendem:

Ein 25jähriger Mann wurde am 1. Mai 1888 Mittags gegurtet und in der Zwangsjacke auf die Klinik überbracht; er

[1]) Diese Jahrb. VIII. 1 u. 2.

machte rücksichtslose Versuche, sich zu befreien, percipirte nicht und sprach kein Wort. Das Aufnahmsparere besagte, dass er in der Schönbrunner Allee aufgefunden worden war in einem bewusstlosen und hallucinatorischen Zustande, mit klonischen Krämpfen.

Nach einer Morphiuminjection losgegurtet und entkleidet, liess er sich zu Bette bringen, war hochgradig benommen. Bei der Nachmittagsvisite wälzte er sich im Bette herum, kratzte fortwährend auf der rechten Seite des Kopfes und rieb mit dem Schädel an der Wand. Auskunft gab er nicht. Nachts war er schlaflos, lärmte wiederholt.

Am anderen Tage zeigte er dasselbe Verhalten, griff nach dem Kopfe, stöhnte und wälzte sich im Bette herum; von den Anwesenden nahm er keine Notiz. Tagsüber sprang er mehrmals auf, sang und pfiff, verlangte aus der Zelle.

Die folgende Nacht schlief er gut. Morgens war er ruhig, kleidete sich an, kam aus der Zelle und gab geordnete Auskunft.

Bei der Untersuchung zeigte sich die rechte Hälfte der Stirn und die Gegend um das rechte Auge injicirt, bedeutend röther als links. Die rechte Pupille etwas enger als die linke, ebenso die rechte Lidspalte enger. In der Ramification des ersten Astes des Trigeminus rechterseits schmerzhafte Druckpunkte; über dem rechten Stirnbein die Percussion empfindlich. Diese Gegend ist auch Sitz von spontanen Schmerzen. Gesichtsausdruck schmerzlich verzogen. Alle diese Veränderungen waren nach weiteren zwei Tagen geschwunden.

Aus den Angaben des Kranken und seiner Angehörigen ergab sich folgendes: eine hereditäre Belastung ist nicht nachweisbar. Doch leidet Patient und sein Zwillingsbruder an heftigen, anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen. Der Bruder hatte diese Anfälle durch 10 Jahre, zwei- bis dreimal jährlich, und war dabei immer ganz verworren. Seit einer bei dem letzten Anfalle applicirten Morphiuminjection sind die Anfälle ganz ausgeblieben. Patient selbst leidet an den Anfällen seit einem vor 2 bis 3 Jahren erlittenen Sturze mit kurzdauernder Bewusstlosigkeit, von dem übrigens jetzt keine Spuren mehr nachweisbar sind. Die Anfälle kommen bei ihm zwei- bis dreimal im Jahre, besonders nach Genuss von Schnaps, den Patient sehr schlecht verträgt.

Ueber die Vorgeschichte des jetzigen Anfalles gibt Patient folgendes an: er sei am Tage vor seiner Einbringung aus einem Dienstplatze ausgetreten, habe tagsüber Besuche bei Verwandten und Abends bei seiner Geliebten gemacht, von der er Geld bekommen habe. Abends um $^3/_4$10 Uhr sei er am Bauernmarkt von zwei anständig gekleideten Herren überfallen und eines Theiles seiner Baarschaft beraubt worden. (Ob diese romanhafte und wenig glaubliche Geschichte das Product einer krankhaften Phantasie war, oder vom Patienten erfunden wurde, um das Abhandenkommen des Geldes zu bemänteln, liess sich nicht eruiren.) Er habe darauf einen Theil der Nacht durchschwärmt, habe auch Schnaps getrunken und sei den Rest der Nacht spazieren gegangen. Vormittags wollte er nach Penzing gehen, um Arbeit zu suchen (er ist Gärtner). In der Schönbrunner Allee habe ihn plötzlich ein überaus heftiger Kopfschmerz befallen und er habe sich an eine Planke gelehnt, den Kopf an dieselbe andrückend.

Von da ab ist seine Erinnerung jedenfalls eine unvollständige. Er weiss zwar, dass er mit mehreren Personen gerauft habe und von diesen überwältigt worden sei; er glaubt aber, das sei nur geschehen, weil sie ihn roh behandelt hätten. Von Hallucinationen und Zuckungen, wie im Parere angegeben, weiss er nichts; bewusstlos will er nicht gewesen sein. Er erinnert sich an einzelne Details seiner Ueberbringung in die Anstalt und der ersten Zeit seines hiesigen Aufenthaltes. Es fehlt ihm aber die Einsicht in den Zusammenhang der Ereignisse; jedenfalls ist seine Erinnerung eine lückenhafte. Dass er verworren gesprochen habe, weiss er nicht.

Patient wurde am 24. Mai, nachdem er bis dahin von krankhaften Erscheinungen frei geblieben war, geheilt entlassen.

Zwei Fälle von Simulation geistiger Störung.

Begutachtet und mitgetheilt von

Professor v. Krafft-Ebing.

I. Simulation von Blödsinn und Taubstummheit durch einen Untersuchungsgefangenen.

Ergebnisse aus den Acten.

Am 12. October 1887 kam ein Mann Abends zu einer Bäuerin R. in K., schrieb auf einen Zettel, er sei taubstumm, die Bäuerin müsse ihm einen Gulden schenken oder ihn 14 Tage da behalten. Die R. wollte ihm einen Kreuzer schenken. Der Unbekannte nahm denselben aber nicht an, schlug auf den Tisch und geberdete sich derart, dass der R. angst wurde und sie, um Hilfe zu holen, auf die Strasse eilte. Als die R. mit einem gewissen L. zurückkam, nahm der Unbekannte den Kreuzer an und entfernte sich.

Kaum war er fort, so bemerkte die Bäuerin den Abgang einer silbernen Uhr. Man setzte dem fremden Bettler nach, fand bei ihm die Uhr und prügelte ihn durch.

Der Fremde ging zum Gemeindevorsteher in dem nahen Dorfe R., schrieb diesem auf einen Zettel, dass er im Walde von zwei Burschen überfallen, geschlagen, seines Geldes (10 fl.) und Arbeitsbuches beraubt worden sei.

Er erklärte, Thomas Gutkauf, Schneider aus Bleiberg in Kärnten zu sein, ersuchte den Gemeindevorsteher, ihm ein Reisecertificat auszustellen, damit er ungehindert nach seiner Heimat reisen könne.

Der Gemeindevorsteher willfahrte dem Wunsch des die Spuren von Misshandlung an sich tragenden Menschen. In der

Folge kam der wahre Sachverhalt auf und zugleich wurde ermittelt, dass der Fremde am 12. October Morgens in W. gebettelt hatte und im Besitz eines auf Georg Egelbacher lautenden Certificats gewesen war. Am 18. October gelang die Ausforschung und Verhaftung des Fremden.

Er gerirte sich nach wie vor als taubstumm und blieb bei seinen Angaben bezüglich des angeblich an ihm verübten Raubattentats beim Verhör vor dem Bezirksgerichte V. am 29. October. Er leugnete den Diebstahl, machte geltend, er sei ein ehrlicher Mann, auch kein Simulant, „der sich verstellt, um unzurechnungsfähig zu erscheinen". Man solle die aus Missverständniss wider ihn verhängte Untersuchung beschleunigen, „damit der Häftling dem Volke zurückgegeben werden könne".

Er sei wirklich taubstumm, was das Oberamt und das Taubstummeninstitut Stuttgart bezeugen werden. Er sei in dieser Stadt am 14. Januar 1852 geboren, jedoch seit 1875 in Bleiberg in Kärnten zuständig.

Er pocht auf seine Unschuld, verlangt mit seltener Unverfrorenheit Beschleunigung des Verfahrens.

Am 5. November schreibt er ganz Unsinniges in selbstgemachter Sprache auf einem Blatt Papier zusammen.

Mittlerweile ergab sich, dass man es in dem angeblichen Thomas Gutkauf mit einem Gewohnheitsverbrecher Namens Georg Egelbacher zu thun hatte. Am 6. November Abends wurde E. dem Landesgericht G. zur weiteren Durchführung der Untersuchung eingeliefert. E., ledig, Schneidergeselle, unehelich geboren, zuständig nach G. (Steiermark), schon früher wegen Veruntreuung mit drei Wochen Arrest bestraft, zum Vagabundiren geneigt, polizeilich in seiner Zuständigkeitsgemeinde internirt, wurde 1875, damals 23 Jahre alt, wegen Einbruchsdiebstahl in G. zu 8 Monaten Kerker verurtheilt.

In der Folge erfolgten Bestrafungen wegen Wachebeleidigung, Landstreicherei. Auch hatte er wiederholt mit fingirter Taubstummheit bei den Bauern Mitleid zu erregen gewusst und sein Arbeitsbuch gefälscht, indem er als besonderes Kennzeichen das Wort „stumm" hineingeschrieben hatte.

E. kam in die Zwangsarbeitsanstalt M. Aus derselben am 14. August 1878 entlassen, beging er am 16. August einen Diebstahl in St., führte am 16. September 1878 die Bezirks-

hauptmannschaft Sp. mit falschen Angaben über seine Heimat und mit vorgetäuschter Taubstummheit irre. Er wurde zu acht Monaten Kerker verurtheilt. Am 30. October 1881 wurde E. bei F. an der Ausführung einer Brandstiftung verhindert und wegen Versuch dieses Verbrechens mit zwei Jahren Kerker bestraft.

1884 trieb sich E. in T. herum, simulirte mit Erfolg den Taubstummen und war vom 16. Juli 1884 bis 16. December 1885 über Anordnung der Bezirkshauptmannschaft S. in der Irrenanstalt H. internirt, wo man ihn für wirklich taubstumm hielt.

Am 14. August 1886 wurde E. wegen Fälschung von Ausweisdocumenten beanständet. Er hatte damals als angeblicher Taubstummer in der Gegend von V. herumgebettelt. Am 24. August 1886 verfügte die Bezirkshauptmannschaft G. seine Aufnahme in die Beobachtungsanstalt für Geisteskranke in Graz behufs Abgabe in die Landesirrenanstalt F., in welche er am 30. August 1886 überstellt wurde.

Bei der gerichtsärztlichen Exploration am 10. December 1886 wurde E. geistesgesund befunden.

Da überdies in der Irrenanstalt keine Symptome von geistiger Krankheit an ihm zu beobachten gewesen waren, wurde E. am 15. December 1886 von der Irrenanstaltsdirection der Sicherheitsbehörde übergeben.

Bei der gerichtsärztlichen Exploration wurde erhoben: E. ist nie erheblich krank gewesen. Er hat drei Jahre die Schule mit gutem Erfolg besucht, das Schneiderhandwerk erlernt. Er wurde schwerhörig im 16. Jahre. Er war viermal wegen Diebstahl, mehrmals wegen Wachebeleidigung und Landstreicherei abgestraft, zweimal in der Zwangsarbeitsanstalt. Nach der Abbüssung der wegen versuchter Brandstiftung (1881) über ihn verhängten Freiheitsstrafe am 16. Juni 1881 aus der Strafanstalt C. entlassen und unter Polizeiaufsicht gestellt, hatte er sich dieser am 5. Juli 1883 entzogen. In T. auf den Namen Anton Hammerschlag und als Taubstummer herumvagabundirend, war er zur Constatirung seiner Taubstummheit in die Irrenanstalt behördlich gethan werden. Explorat erklärte am 10. December 1886, er sei nie geistesgestört gewesen und sei es auch jetzt nicht, man solle ihn aus der Irrenanstalt entlassen und dem zuständigen Richter übergeben. In der Hauptverhandlung vom 14. Januar 1887 wurde E. wegen Betrug (Fälschung von Reisedocumenten etc.) zu acht Monaten verurtheilt. Er ver-

büsste seine Strafe vom 18. Januar bis 18. September 1887. Hausarzt Dr. K. theilt mit, dass sich E. während dieser Zeit ordentlich aufführte, jedoch mit Vorliebe und mit Erfolg Mithäftlinge zum Simuliren von Taubstummheit oder Blödsinn abrichtete.

Als E. am 6. November 1887 Abends neuerdings im Landesgericht eingeliefert wurde, sprach er noch die Worte „Da ist's kalt". Seither sprach er nichts mehr. Am 7. kleidete er sich noch ganz gut an; am 8. hatte es den Anschein, wie wenn er dazu nicht mehr im Stande wäre. Er erschien nun stumm und taub, bot das Bild eines vollendeten Trottels, äffte alles ihm Vorgemachte nach, zitterte beständig, liess die Nothdurft von sich gehen, wo er nur lag oder stand.

Dem Untersuchungsrichter am 11. November vorgeführt, zittert er, bietet eine blöde Miene und schreibt auf die schriftliche Frage: „Wollen Sie eine Auskunft geben?" ein unverständliches Gewirre von Buchstaben mit ostentativem Geschnörkel. Hausarzt Dr. K. macht seine Wahrnehmungen dahin, dass E. sich als Idiot gerirt, schrecklich unrein ist, an den Kleidern herumklezelt, Tuchfäden auszieht und isst, die Bewegungen der Umgebung nachahmt, wobei sich dieses verkehrte Gebaren sichtlich steigert, sobald E. sich beobachtet weiss. Auf Fragen reagirte er nur mit Lächeln.

Ergebnisse der gerichtsärztlichen Beobachtung vom 13. November bis 4. December 1887.

Explorat lässt sich vom Gefängnisswärter ins Untersuchungszimmer hereinschieben. Sich selbst überlassen, steht er starr da mit gefalteten Händen, am ganzen Körper zitternd, mit schreckhaft verstörter Miene, beschleunigter, vertiefter, schnaubender Respiration. Er reagirt auf keine Frage, auch nicht auf zufahrende Bewegungen nach seinen Augen. Er lässt sich in beliebige Stellungen bringen, jedoch ohne Widerstand zu leisten oder ohne kataleptische Starre der Muskeln zu bieten. Rückt man dabei seinen Schwerpunkt zu weit nach vorne, so fällt er um, jedoch nicht ohne durch fürsorgliches Ausstrecken der Hände sich vor empfindlichem Fallen zu schützen.

Während Explorat in Geberde und Haltung eines vor Angst erstarrten Menschen erscheint, kann man bei scharfer Beob-

achtung den Eindruck des Gezwungenen, Gemachten nicht überwinden, insoferne er doch auf Momente in Blick und Haltung sich gehen lässt, trotz scheinbaren Erstarrtseins vor Angst doch der Vorgänge der Aussenwelt sich bewusst ist und auf sie achtet. Gleichwohl ist es auffällig, dass Explorat durch plötzliches Aufschreien, scheinbare Angriffe nicht schreckhaft beeinflusst wird.

Wenn E. sich unbeobachtet glaubt, so löst sich sofort der anscheinende Zustand des schreckhaften Stupors und liegt E. einfach blöd und höchst unreinlich herum. Auffallend ist auch, dass er Nachts ganz gut schläft.

Bis zum 17. November verharrt E. in der Haltung eines vor Angst erstarrten Menschen, solange er sich beobachtet weiss, in der eines einfach stupiden, unreinen Individuums, solange er sich unbeobachtet glaubt.

Auffallend ist in ersterer Situation, dass obwohl E. Eindrücke aus der Aussenwelt aufnimmt, Manipulationen an ihm keineswegs die Angst vermehren. Zum Gegentheil verschwindet momentan sein beschleunigtes Athmen, sein Schnauben und Zittern, als man behufs Prüfung der Empfindlichkeit seiner Augen diese mit einer Sonde berührt, wobei der Lidreflex prompt ausgelöst wird. Das Zittern ist ganz ungleichmässig, bald förmlicher Schütteltremor, dann wieder kleinwellig, mit ganz geringer Oscillationsamplitude, bald auf alle Extremitäten ausgedehnt, bald auf die Unterextremitäten oder nur eine beschränkt.

Insoferne das Zittern jeweils momentan schwindet, sobald die Aufmerksamkeit des E. anderweitig in Anspruch genommen wird, erscheint es vom Willen desselben abhängig, mindestens beeinflusst. Auffallend ist ferner die bedeutende Pulssteigerung (bis 114), sobald E. in Action ist, während im Schlaf und im nicht ängstlich zitternden Zustand der Puls ganz ruhig bleibt.

Wiederholt überrascht man ihn mit ganz ruhiger, freier Miene, die dann freilich rasch sich zur schreckhaften Maske umwandelt und in Contractur und Zittern geräth.

Aufgefordert, die Zunge zu zeigen, thut er dies, ändert aber plötzlich sein Verhalten, zieht die Zunge zurück und presst nun Lippen und Kiefer fest aufeinander.

Ihm aufgedrungene oder von ihm angenommene unbequeme Positionen ändert er nach einer Weile in bequeme um.

Kann er den Schwerpunkt nicht mehr behaupten, so fällt er um, aber mit Vorsicht und thunlichst sich mit den Händen gegen derbes Auffallen und Beschädigung bewahrend.

Auf dem Hof des Gefangenhauses spazieren geführt, geht er mit ängstlich starrer Miene, zum Gebet gefalteten Händen und erhobenen Armen trippelnden Ganges umher.

Zum Essen angehalten, stiert er die Nahrung an, ohne sie zu verzehren. Im Gebrauch des Löffels unterwiesen, verwendet er ihn mit grosser Gier zum Verzehren seiner Suppe. Zum An- und Ausziehen muss man ihn nöthigen. Stuhl und Urin lässt er unter sich gehen. Bei manchen Mahlzeiten verzehrt er gierig und affenartig mit den Händen die ihm gereichte Kost.

Irgend welche Störungen der motorischen, sensiblen, vegetiven Functionen sind nicht zu beobachten.

Sein Schlaf ist lang und tief. Häufig wird beobachtet, dass die Maske angstvoller Stupidität momentan schwindet und E. auf die Vorgänge der Aussenwelt aufmerksam achtet.

Am 16. hat E. in einem unbewachten Moment das Mobiliar und die Einrichtung seiner Zelle zertrümmert. Man traf ihn gleich darauf in der gewohnten Verfassung unter den Trümmern sitzend. E. bekommt die Zwangsjacke an und Abstriche an der Kost.

Am 17. ändert sich sein Verhalten. Seine Miene wird frei, seine Haltung eine ungezwungene, er schnaubt und zittert nicht mehr, isst anständig mit dem Löffel und verhält sich reinlich. Mehrmals tanzte heute E. mit gefalteten Händen in der Zelle umher.

Am 18., als E. über Weisung des Hausarztes bei der Speisenaustheilung mit einem Gericht übergangen wurde, nahm seine bisher indifferente Miene den Ausdruck des Zornes an und er hieb den Wasserkrug in die Thür der Zelle. Gleich darauf nahm er wieder seine frühere ruhige Haltung an. Episodisch kam Tanzen und Jauchzen vor.

Am 19., beim Spaziergang, jauchzte er vor der Thür des Untersuchungsrichters, stiess einige Schimpfworte aus und war dann wieder ruhig und stumm wie gewöhnlich. Nach Brot, das man ihm bei der Mahlzeit vorhält, schnappt er gierig und lässt es sich nicht mehr entwinden.

Vom 20. an erscheint E. nicht mehr stuporös ängstlich, auch nicht mehr stupid, sondern einfach imbecill.

Er steht nun Rede und Antwort, bittet um Brot, äussert sich befriedigt, als man ihm welches reicht, thut zuerst, als kenne er den Arzt und dessen Namen nicht. Als man auf ihn eine Pression durch Entziehung des Brodes ausübt, kennt er allmählich den Arzt und nennt dessen Namen.

Befragt, warum er sich so dumm stelle, und ermahnt, Simulation und Schwindel bleiben zu lassen, sagt er: „Ich bin ja nicht dumm". Als man über seine Simulation lacht, lacht er selbst mit.

Als einer der Aerzte Notizen macht, schaut er aufmerksam darauf, bemüht sich angestrengt, zu lesen, was man über ihn schreibt und macht die Bemerkung: „das ist eine schöne Schrift."

Ostentativ sagt er dann: „Ich bin taubstumm geboren, kann aber lesen und schreiben". Auf die Frage nach seinem Namen, antwortet er: „Thomas Gutkauf".

Auf die Bemerkung, wenn er so fortfahre, riskire er, in eine Irrenanstalt zu kommen, erwiderte er: „Ich bin kein Narr, bin gescheidt".

Auf Aufforderung seinen Namen aufzuschreiben, schrieb er „Thomas Egelbacher", auf Aufforderung seine Dummheiten bleiben zu lassen, „Georg Gutkauf".

Am 21. November bemüht sich E. vernünftig zu reden. Er verspricht Alles einzugestehen, wenn man ihm nur genug zu essen gebe.

Am 22. gesteht er seine ganze Simulation ein. Er habe aus Aerger über seine neuerliche Verhaftung simulirt, aus Zorn, weil er nicht genug zu essen bekam, in der Zelle demolirt. Er habe sich auch gedacht, wenn man ihn für einen Trottel halte, käme er billiger draus! E. erzählte seine Vita ante acta und seine Vorbestrafungen, dass er am 14. August aus der Strafhaft entlassen, auf dem Schub heimkam, daheim auf der Profession arbeitete, als er keine Arbeit mehr hatte, entwich, herumvagabundirte. Er erinnert sich aller Details, erzählt, wie er in der Köflacher Gegend sich herumtrieb, wieder taubstumm stellte.

Nachdem er sich ganz vernünftig verhalten, nimmt er wieder das Wesen eines Imbecillen an, behauptet, er bekomme 15 Jahre Zuchthaus, weil er am 11. September in der Gemeinde K. einen Bauern niedergeschlagen und ihn seiner Baarschaft von 60 fl. beraubt habe.

E. macht diese Angaben unbestimmt, verwickelt sich dabei in Widersprüche, so dass diese Selbstbeschuldigung nicht glaubhaft erscheint.

In den nächsten Tagen ist E. ruhig, geordnet und arbeitet fleissig. Als er am 23. wieder die Raubmordgeschichte ostentativ berichtet und Datum und Namen falsch angibt, wird ihm mit Brodabzug gedroht. Darauf gibt er Datum und Namen richtig an.

Bis zum 4. December verhielt sich E. ruhig, fleissig, anständig, reinlich. Gelegentliche Versuche zu simuliren, werden mit Drohung, die Kostportion zu verkürzen, rasch beseitigt. An seinem Raubattentat hält er aber fest, behauptet auch für die Vorgänge während der Zeit des schreckhaft stupiden Zustandes keine Erinnerung zu haben. Er vermag jedoch bei Kreuz- und Querfragen bezüglich dieses Zeitraums seine Amnesie nicht zu behaupten. Man gewinnt die Ueberzeugung, dass er sich an Alles erinnert. Als am 4. December einer der beiden Aerzte schriftliche Notizen über ihn macht, verfolgt er das Schreiben mit grosser Aufmerksamkeit, findet, der Arzt schreibe „wie ein Advocat". Er könne aber diese „noble Kanzleischrift" nicht lesen. Er schreibt sich heute Haberl Gutkauf, Tieber, Egelbacher und erklärt, mit Kostreduction bedroht, „nein, Fasttage nehm' ich nicht an, da haue ich Alles zusammen". Im Folgenden benimmt er sich wieder geordnet, erzählt von seinen Wanderjahren u. s. w., behauptet aber 1856 in Stuttgart gearbeitet zu haben und corrigirt, als man ihm seinen Unsinn verweist, die Jahreszahl richtig in 1882.

Schliesslich gefällt sich E. in einer neuen Variante imbeciller Darstellung, insofern er laut vor sich hinspricht und in kindisch läppischer Auffassung und Diction über seine Vergangenheit, über die Umgebung und momentane Situation, sowie über seine Zukunft sich ausspricht. Auch dieses Stimmungs- und Zustandsbild erscheint in dem Gepräge des Gemachten, Affectirten, Vorgetäuschten.

In körperlicher Beziehung erscheint E. herabgekommen, Hals und Nacken weisen zahlreiche scrophulöse Narben auf. Anatomische Degnerationszeichen bestehen nicht. Der Schädel ist regelmässig entwickelt. Von Seiten der Gehirnnerven und speciell der Sinnesnerven bestehen — bis auf Schwerhörigkeit mässigen Grades — keine Functionsstörungen. Die vegetativen Processe lassen keine

Anomalie erkennen. E. hat grosses Nahrungsbedürfniss und guten Schlaf. Miene und Blick, soweit sie nicht willkürlich in anderem Sinne beeinflusst werden, verrathen Intelligenz. E. schreibt und liest sehr gewandt.

Gutachten.

1. Die von Georg E. seit seiner Einlieferung im Gefängniss des Landesgerichtes gebotenen Symptome von geistiger Störung sind nicht echt, sondern vorgetäuscht.

E. erscheint mit einem Schlag blödsinnig, stumm, taub, reactionslos auf die Vorgänge der Aussenwelt, seines früheren geistigen Besitzes verlustig. Er war bis zu diesem Zustand vollsinnig. Eine solche tiefe geistige Störung könnte nur die Folge einer schweren vorausgegangenen Hirnkrankheit oder einer heftigen Gemüthserschütterung bei einem zu geistiger Erkrankung intensiv veranlagten Individuum sein. Beide Voraussetzungen treffen nicht zu. Die angebliche Krankeit des E. ist nicht motivirt. Sie ist aber auch in ihren Einzelzügen der Erfahrung widersprechend. Eine derartige tiefe Blödigkeit ist unvereinbar mit partiell erhaltener geistiger Leistung. Ein an acutem Blödsinn Leidender würde z. B. die Aufforderung schriftlich zu antworten unbeachtet lassen, er reagirt niemals darauf mit dem (ostentativ) sinnlosen Hinschreiben von Buchstaben.

Ein Kranker, der wirklich die Bewegungsanschauungen des Essens verloren hat, erwirbt sie nicht sofort wieder, wenn man ihm zeigt, wie man isst. Eine derartige schwere acute Hirnrindenerkrankung geht niemals ohne Erscheinungen körperlicher Functionsstörung einher. Solche fehlen aber durchaus bei E. Sein Schlaf und Befinden ist vorzüglich. Ein wirklich derart Kranker empfindet nicht Hunger und reagirt nicht, wenn man ihm eine Speise vorenthält, mit einem Zornaffect und mit der Zerstörung des Mobiliars.

Auch durch Drohungen mit Kostentziehung und Zwangsjacke wird er nicht in seinem rein durch einen schweren Hirnprocess bedingten Verhalten beeinflusst.

E. erscheint episodisch in der Maske eines vor Schreck erstarrten Menschen (ängstlicher Stupor). Solche Episoden kommen bei geistiger Störung vor, nicht aber bei Dementia. Ein solcher ängstlicher Stupor erscheint aber nicht blos dann, wenn der

Kranke Gegenstand der Beobachtung ist. Er schliesst lauernde Miene, Aufmerksamkeit auf die Vorgänge der Aussenwelt, Vorsicht beim Hinfallen aus. Motorische Störungen, wie z. B. Zittern, Schnauben, d. h. krampfhafte Athmung, hören nicht sofort auf, wenn die Aufmerksamkeit in Anspruch genommen wird. Ein wirklich derart Kranker fasst die Vorgänge der Aussenwelt gar nicht auf oder höchstens schreckhaft und reagirt darauf mit vermehrten Symptomen. Das Gegentheil ist bei E. der Fall. Er ist ein Simulant.

2. Anhaltspunkte für die Annahme, dass sich hinter der Maske dieser simulirten Symptome eine wirklich Geisteskrankheit oder ein Zustand von Schwachsinn verberge, liessen sich in keiner Weise gewinnen. Psychologisch bemerkenswerth bleibt immerhin bei diesem Gewohnheitsverbrecher die Lust und der Drang zum Simuliren, selbst dann, nachdem er die Erfolglosigkeit seiner Simulationsversuche erkannt hat.

Als Ende December dem E., der sich bis dahin recht geordnet betragen und fleissig in der Schneiderwerkstätte gearbeitet hatte, vom Gericht mitgetheilt wurde, die Aerzte hätten ihn für einen Simulanten erklärt, wurde er sofort wieder ganz verkehrt, schnitt mehrere Beinkleider zusammen und motivirte dies damit, er habe die Hosen modernisiren, ihnen statt des Bauernschnitts einen eleganteren geben wollen, das sei die neue Façon.

Er war noch drei Tage ruhig und vernünftig, dann wurde er wieder blöd. In dieser Verfassung präsentirte er sich auch bei der Hauptverhandlung am 9. Januar und in der Folge. Er erschien stumm, schrieb aber gelegentlich seine Wünsche nieder.

So schrieb er unter Anderem: „Es ist keine Simulation, ich leide an Scrofeln und bitte um Oel."

Am 7. März 1888 der Strafanstalt übergeben, gab E. sofort das Simuliren auf und benimmt sich seither „ganz manierlich, ruhig, geordnet, fleissig."

II. Simulation von deliranter Verwirrtheit durch einen Sträfling.

Vorergebnisse.

Abraham D. vom k. k. Landesgericht L. wegen Diebstahls zu neunjährigem schweren Kerker verurtheilt, wurde am 19. Ja-

nuar 1887 im Inquisitenhause L. bis zu seiner Aburtheilung (14. Mai 1887) internirt. Der dortige Gefangenhausarzt berichtet, dass D. ausser hochgradiger Nervosität bis zur Aburtheilung geistig gesund war. Nun simulirte er aber geschickt Geistesstörung, verweigerte die Nahrung, kam dadurch vorübergehend in einen Inanitionszustand mit vorübergehenden Bewusstseinsstörungen. In der letzten Zeit seines Aufenthalts stellte sich aber bei D. ein an Geistesstörung grenzender Depressionszustand ein (Verzweiflung über die hohe Strafe), aber immer auch gemischt mit Erscheinungen von Simulation.

Als D. in der Strafanstalt aufgenommen wurde, war er deprimirt und beklagte sich über die hohe Strafe.

Er erzählte dem Director, dass er, um sich auszuhungern, neun Tage lang gefastet habe. Da es nicht gelang, habe er diesen Versuch, sein Leben zu endigen, aufgegeben.

Von dem Oberaufseher erfährt man, dass D. anfangs acht Tage nichts ass, dann geordnet wurde und nicht den Eindruck eines Schwermüthigen machte. Er sei dann ruhig und geordnet in Isolirhaft bis zum 24. September gewesen. Von diesem Tage an habe er plötzlich angefangen Unsinn zu reden, deutsch, slovenisch, ungarisch durcheinander. Der Oberaufseher gewann von Anfang an den Eindruck, dass D. simulire. Auffallend war übrigens, dass D., auch wenn er sich nicht beobachtet glauben konnte, oder wenn man ihn Nachts überraschte, öfter vor sich hinsprechend und gesticulirend betroffen wurde.

Wenn man ihm einen Schlüssel vorhielt, schreckte er sich wie vor einer Waffe. Er sorgte nicht für seine Bedürfnisse, man musste ihn waschen. Beim Rasiren kam es vor, dass er die Seife ass. Nach dem Messer griff er nie. Beim Haarschneiden beutelte er den Kopf hin und her. Er ass reichlich, aber mit den Fingern. Er wusste nach der Meinung des Aufsehers immer, dass er im Strafhause sei. Man bemerkte, dass er immer auf Flucht sinne. Gelegentlich eines Verweises warf er einem Aufseher eine Schale nach und versuchte ihn zu beissen. Er sprach viel davon, dass er Fürst von Bulgarien und als solcher gekrönt werde. Es werde ihn keiner vom Thron hinabwerfen, die Russen würden zugrunde gehen.

Von Ende September 1887 ab soll D. nie mehr ein gescheites Wort gesprochen haben. Er schlief gut, war nie unrein. Von Angst oder Sinnestäuschungen wurde nie etwas bemerkt.

Aus der Relation des Strafhausarztes an die Direction ist Folgendes zu bemerken:

Wegen schon beim Eintritt in die Strafanstalt vorgekommener Nahrungsverweigerung kam D. in Spitalsbeobachtung. Er antwortete nicht, schnitt Grimassen, verunreinigte sich am 8. Juni im Bette, that dies aber nicht mehr, als er in seinem Koth belassen wurde. Am 11. Juni 1887 erklärte er, nicht irrsinnig zu sein und aus Verzweiflung über seine Lage und um den Tod zu finden, Nahrung geweigert zu haben.

Am 12. Juni fing er an gierig zu essen, sprach und betrug sich ganz vernünftig bis zum 18. Juni.

Da wurde er plötzlich wieder verwirrt, zeigte, wenn er beobachtet war, unsicheren Gang, fiel aber oft aus der Rolle. Unter Anderem erzählte er einem Mitgefangenen ganz vernünftig von seinem Vorleben. Als dieser meinte, er sei ja nicht irrsinnig, fing er alsbald wieder an Unsinn zu reden.

Am 27. Juni kam D. in Isolirhaft und wurde mit Schneiderarbeit beschäftigt. Am 6. Juli weigerte er Arbeit, war anscheinend verstört, sprach zeitweise, jedoch nicht consequent verwirrt, stellte sich als verfolgt dar und vertheidigte sich mit erfundenen, sehr spitzfindigen Argumenten, so mit Antisemitismus, dem er zum Opfer gefallen sei. Am 7. Juli kam er ins Spital, wurde dort strenge gehalten, wogegen er durch anmassendes Benehmen zu imponiren versuchte. Als er damit keinen Erfolg hatte, drohte er mit Mord und Verletzungen, suchte auch durch Beissen dem Aufsichtspersonal Verletzungen beizubringen. Sein körperliches Befinden, Appetit und Schlaf waren ganz normal. Sein geistiger Zustand entsprach nur einer grossen Reizbarkeit und Aufregung. Am 11. Juli animirte er den Wärter, ihm behufs Entweichung die Zimmerthüre offen zu lassen.

Später zog er sich nackt aus und versuchte mit theilweisem Erfolg, sich durch das Fenstergitter hindurch zu zwängen. Ertappt und zurückgebracht, schrie und tobte er bis in die Nacht.

Am 20. Juli zündete er an der Gasflamme sein Bettstroh an.

Im Keller in Halbdunkelhaft gegeben und mit Fasttagen bestraft, zeigte er sich seitdem vollkommen sinnesverwirrt ohne jede Auffassung, murmelte Unzusammenhängendes vor sich hin, dabei laut aufschreiend und extreme Grimassen schneidend. Er

kam in die Beobachtungszelle des Spitals und wurde leicht in Zwangsjacke gehalten. Er redet seit August unzusammenhängend meist ungewiss vor sich hin, zeitweise aufschreiend grimassirend.

Er antwortet nicht oder confus, fasst Mittheilungen anscheinend nicht auf, bietet aber gleichwohl oft einen deren Inhalt entsprechenden Gesichtsausdruck, den er dann durch Grimassen zu verdecken sucht. Er verunreinigt sich nie. Freigelassen drängt er zur Thüre hinaus, trippelt im Zimmer umher oder liegt in unnatürlichen Stellungen am Boden. Wenn er sich unbeachtet glaubt, geht er aber aufrecht und zeigt eine bequemere Haltung. Der Schlaf ist meist ungestört, die vegetativen Functionen sind ganz normal.

Ueber das Vorleben, ausser der Mittheilung wiederholter Vorbestrafungen, sowie über Ascendenz und Familie des D. stehen keine Daten zu Gebote.

Ergebnisse der directen Beobachtung im Januar 1888.

Explorat wird vom Wärter in das Beobachtungszimmer hereingeschoben. Er nimmt anscheinend von dem nichts wahr, was um ihn vorgeht, schneidet unaufhörlich ganz sonderbare Grimassen, stösst gelegentlich ganz unarticulirte Laute aus oder lacht gellend auf und wackelt mit dem Kopf. In dieser Verfassung bietet er eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Bild eines agitirt Blödsinnigen.

Er spricht viel vor sich hin, ausschliesslich ungarisch. Nach der Versicherung des Dolmetsch reiht er vielfach sinnlose und entstellte Worte aneinander; das Ganze macht den Eindruck des Gezwungenen, Ostentativen.

Sobald man dergleichen thut, als beachte man Explorat nicht, nimmt das gellende Lachen, Grimassiren, Zungenausrecken, Kopfbeuteln und unarticulirte Schreien bedeutend zu.

Es gibt Momente, in welchen die sonst zu einem blöden Grinsen verzerrte Miene ganz intelligent erscheint. Anrede und Aufforderungen bleiben unbeantwortet. Explorat klemmt die Augen zu, wenn man sie untersuchen will. Seine Augäpfel versuchen unter die Augendeckel zu fliehen, wenn man ein Licht nahe bringt. Die Pupillen sind mittelweit und reagiren.

Bei einem unverhofften Schlag auf einen Tisch zuckt er zusammen. Die Zunge zeigt er nicht. Als man ihm die Wangen

zwischen die Zähne drängt, hütet er sich die Kiefer zusammenzupressen, fährt aber dem Arzt nach der Hand, in der Absicht, ihn zu kratzen.

Sticht man ihn, so dass er es vorher gewahr wird, mit einer Nadel, so zeigt er keine Reaction, geschieht dies aber unverhofft, so reagirt er schmerzhaft. Ihm dargebotenen Kaffee trinkt er gierig und ostentativ schmatzend. Ebenso gierig isst er Brot, dann aber auch Sägespäne, Papierstückchen, die man ihm vorsetzt.

Explorat spricht fast unaufhörlich. Gelegentlich geht ihm aber der Gesprächsstoff aus, und sichtlich nicht aus Ermüdung der Sprachorgane, sondern aus Mangel an Gedankenstoff macht er eine Pause, die dann mit forcirtem Grimassiren, Lachen und Aufschreien ausgefüllt ist.

Es zeigt sich ferner deutlich, dass sein an und für sich sehr lebhaftes Mienenspiel mit dem jeweiligen Inhalt seiner Rede nicht in Einklang steht. Nach Mittheilungen des Hausarztes und des Wartpersonals bietet Explorat seit Monaten immer dasselbe mimische und gesticulatorische Bild. Auch der Inhalt seiner Reden ist stereotyp derselbe. Ein Fragment seines Gedankenganges ist das folgende: „Ich komme von Bulgarien — war in der Mitte von vielen Herren — darauf — geh, geh — sehen wir, dass die Kinder im Garten spielen — in der Mitte ist nicht alles wahr — eins — essen — ein Hausbesitzer in der Mitte eines Gasthauses — das kann nicht sein, dass so viel schöne Sachen im Hause sind — nimm's weg — gehen wir, sperren wir den Schmutzigen ein — sehen wir, dass die Kinder spielen in öffentlichen Gärten (wieherndes Gelächter), die grosse Welt ist nicht ausgenommen, die ganze Obrigkeit schon — gehen wir (Grimassiren) hier in der Mitte, dass man es versteht — es ist ein grosser Schade — nein, das kann nicht sein, dass so viel schöne Sachen im Hause sind — man muss es doch kochen — (läppisch ägrirte Miene) sehen wir, dass die Kinder spielen in ihrem eigenen Garten — die ganze Welt ist schon so schlecht — nehmt doch immer die Kinder mit — in der Mitte hier sitzt er, gehen wir (Auflachen). Wie vielmal hat er es schon gesagt und alles nützt nichts, zu Hause, das Leben — die grosse Welt ist nicht ausgenommen mit Rechnungen oder Sachen oder Schlagen — dass alles öffentlich ist — in den Gärten kann

man auch öffentlich sein — man soll es anzeigen — es ist öffentlich — gehen wir vorbei — essen — er ist bestraft und hat schon genug darauf gesehen und die Fragen sind so verdreht darauf — sehen wir, dass die Väter und die Mütter und die Kinder alle in die Gärten kommen (lachend), Hausherr will ich sein und ein Gasthaus haben — es ist alles nicht wahr — man sieht, dass die Kinder und die Grossväter in den öffentlichen Gärten spazieren gehen und sie haben es nicht erkennen wollen, dass dies ihr Eigenthum — die grosse Welt ist nicht ausgenommen — die Schläge kommen nach der Reihe — das ist Blut und das Vaterland schreit auch dazu — warum erlaubt es der Oheim nicht und er war selbst im Institut — Auf die Gerechtigkeit der Richter kann man nicht gehen — er hat seine Strafe bekommen, aber warum? — weil die Reichen auch bestraft werden für die Unordnung — (nun wieder die Phrase von den Kindern und den Gärten) (als man ihn mit der Nadel sticht) — Beine und Blut, alles wird vergossen — (nun wieder Kinder und Gärten). Die Osmanen haben auch Schläge bekommen. Das ganze Oberhaupt ist in meiner Hand. Man kann nicht der Obrigkeit so alles heruntersagen — es ist alles zum Weinen und alles vergeblich — da wird man nicht gesegnet, nur gestraft dafür, eine fremde Frau weint, warum will man es nicht erkennen, das kann nicht sein, es ist alles vergeblich — wie oft werden die Osmanen geschlagen werden und es wird Blut vergossen (wieherndes Auflachen) (zwischendurch singt D. ein ungarisches Lied). Dann wieder: Er hat einen neuen Minister bekommen, das ganze Firmament ist in seiner Hand — es ist alles umsonst. Ich habe die Krone vom Kopf geworfen (mit Pathos) und um ein paar Gulden weggegeben — und wie ich darauf kam, dass Tisza kam, habe ich es ihm tüchtig heruntergesagt — grüss dich Haus — ich habe zwei Bürgermeister genommen und einen habe ich weggegeben. (Nun singt D. ein ungarisches Lied) wie oft sind die jungen Söhne angegriffen worden u. s. w. Als man D. auf die Gasse lockt mit dem Rufe, die Thüre sei auf, stürmt er hinaus.

D. ist gut genährt; er hat seit der Aufnahme um drei Kilogramm zugenommen. Der Schädel ist regelmässig. Irgend welche Functionsstörungen sind an Explorat nicht nachweisbar. Er schläft gut.

Man geht ihm in seine Zelle nach und ermahnt ihn, seinen Unsinn aufzugeben; es helfe ihm nichts und er riskire dabei, wirklich seinen Verstand zu verlieren.

Darauf wird sein Grimassiren, unarticulirtes Schreien und Unsinnreden noch ärger. Beim Beginne der Beobachtung am 6. Januar tappt D. ganz tölpelhaft mit schlürfendem Gang herein, grimassirt, schmatzt mit den Lippen, beutelt den Kopf und ruft Éljen! Sich selbst überlassen, schwatzt er sinnlos von den Kindern, Grossvätern, Gärten u. s. w. wie neulich.

Am 17. Januar wird ihm bedeutet, er sei ein Simulant, übrigens in Gefahr, wirklich den Verstand zu verlieren, wenn er so fortfahre. Zugleich wird ihm statt der Krankenkost gewöhnliche Züchtlingskost und gegen sein Grimassiren elektrische Pinselung verordnet. Nach der ersten Elektrisirung beschmiert sich D. über und über mit Koth.

Nach der zweiten Sitzung wird D. ruhig und benimmt sich ganz vernünftig.

Am 23. Januar benimmt sich D. zunächst ruhig, geordnet, antwortet ernst und vernünftig, bietet eine ganz intelligente Miene und grimassirt nicht mehr. Zwischendurch versucht er eine blöde Miene anzunehmen und wieder Unsinn zu reden. Als man ihm das verweist, wird er weinerlich und weist selbst darauf hin, dass er ganz vernünftig sei; dass er den Irren blos gespielt habe, lässt er nicht gelten. Gleich darauf weist er aber ostentativ darauf hin, dass es ihm im Kopf fehlen müsse.

Explorat gibt heute eine zusammenhängende Erzählung seiner Lebensschicksale.

Nachdem er die Schule absolvirt, habe er Beschäftigung bei einem Bezirksgericht gefunden, sei später nach Budapest, habe dort ein Geschäft angefangen, sei wegen Wechselfälschung zu zwei Jahren verurtheilt worden, habe seine Strafe 1878 und 1879 abgesessen, sei dann erkrankt und habe in Herculesbad Genesung gefunden. Er gibt geordnet Auskunft über seine Familie. Er behauptet, ungerecht verfolgt und eingesperrt zu sein und zeigt bei der Erzählung seiner jüngsten Erlebnisse einen hohen Grad von Gereiztheit. Von Strafe und Strafhaft will er nichts wissen. Er wisse, warum die Aerzte hier seien, er sei jedoch ganz logisch im Kopf. Gleichwohl fällt Explorat oft genug und ganz unmotivirt in seine frühere Rolle zurück, gleich

als wollte er seinen Rückzug zur Geistesgesundheit damit decken.

So behauptet er 1858 geboren zu sein (recte 1855), corrigirt aber selbst seine falsche Angabe, als man ihn dazu aufforderte. Auf die Frage nach seinem Vater behauptet er, dieser liege seit 8 bis 10 Tagen auf der Bahre. Man beschuldige ihn als Mörder. Er habe nicht gemordet. Von irgend einer gemüthlichen Erregung bei dieser ganz fragmentaren, unmotivirten, durch keine Sinnestäuschungen gestützten oder sonstwie motivirten Behauptung besteht keine Spur.

Irgend welche Anzeichen für das Vorhandensein von Melancholie, Wahnsinn oder Verrücktheit sind nicht aufzufinden.

Explorat versucht oft mitten in ganz vernünftigem Gespräch zu fabuliren und zu deliriren. Meist geht ihm aber bald der Stoff aus und macht er dann eine Pause, um sich zu besinnen, was er jetzt sagen will. Als Jemand in der Umgebung harmlos über etwas lacht, wird D. ägrirt und sagt ostentativ: „Sie lachen und spotten zu meinem Unglück." Als zwei Aerzte miteinander halblaut reden, sagt er: „Jetzt reden sie über mich!"

Spuren von Verfolgungswahn, Sinnestäuschungen lassen sich aber nicht constatiren. Sich selbst überlassen, fängt D. wieder seine Selbstgespräche und sein verrücktes Gebaren an. Zur Ordnung verwiesen, lässt er dies bleiben und wird wieder vernünftig.

Eine eingehende Prüfung erweist, dass er sich an alles erinnert, klare Begriffe und richtiges Urtheil besitzt.

Er bittet um Arbeit. Ausser einer sehr gereizten Stimmung über die nach seiner Meinung zu hohe Strafe ist an ihm geistig nichts Abnormes zu eruiren.

Gutachten.

Explorat befindet sich in einer verzweifelten Situation, ist gemüthlich sehr erregt und verbittert über eine nach seiner Meinung zu hohe Strafe; hat seit Ende Mai 1887 dem Arzte neben Erscheinungen von Simulation geistiger Störung den Eindruck eines „an Geistesstörung grenzenden Depressionszustandes" gemacht und gelegentlich seiner Einlieferung in die Strafanstalt einen ernstgemeinten Versuch gemacht, durch Aushungern seinem traurigen Dasein ein Ende zu machen. Dass ein Mensch in solcher

Situation in Gefahr steht, geisteskrank zu werden und dass sich aus den obigen Thatsachen Vermuthungen zu Gunsten eines krankhaften Geisteszustandes ergeben müssen, ist ohneweiters klar.

Eine Gemüthskrankheit (Melancholie) lässt sich aber gleichwohl ausschliessen und irgendwie einer Geistesstörung verdächtige Symptome ergaben sich nicht bis zum 18. Juni. Von da an bis zum 20. Juli erscheint D. episodisch verwirrt, aber in ostentativer Weise. Zu gleicher Zeit spricht er mit Mitgefangenen ganz vernünftig.

Vom 20. Juli ab erscheint D. nach misslungenen Entweichungs- und Auflehnungsversuchen, die allerdings einen hohen Grad von Gereiztheit und von Verzweiflung über seine Lage erkennen lassen, andauernd ganz verwirrt. Er bietet anscheinend eine schwere Störung des Bewusstseins (verzehrt z. B. Seife), kennt aber gleichwohl seine Lage und sinnt nach wie vor auf Flucht.

Er scheint ohne Verständniss für zu ihm Gesprochenes, aber sein Gesichtsausdruck entspricht in unbeherrschten Momenten nicht dieser Annahme.

Beobachtet erscheint er in ganz unnatürlichen Stellungen, anscheinend unbeobachtet geht er aufrecht und geordnet umher.

Anlässlich der gerichtsärztlichen Explorationen erinnert sein Gebaren einigermassen an das Bild eines agitirt Blödsinnigen, wie es als Ausgang jahrelang bestandener geistiger Krankheit vorkommen kann. Bedenklich ist aber das Ostentative, Gezwungene in seinem Gebaren, die Steigerung desselben, sobald man ihn nicht beachtet oder Zweifel in die Echtheit des von ihm gebotenen Bildes setzt. Bewusstsein, Absicht, Willkür sind unverkennbar vorhanden. Momentan erscheint die Miene intelligent. Miene und Gesten sind nicht im Einklang mit dem jeweiligen Bewusstseinsinhalt.

D. macht zweckmässige Abwehrbewegungen. Er weiss sich zu helfen, wenn man ihm auf den Leib rückt. Er besitzt Schmerzempfindlichkeit, wenn man ihn unvermuthet mit der Nadel explorirt und zeigt keine Reaction, wenn der Versuch ostentativ gemacht wird.

Das „Delir" ist ein ganz zerfahrenes, aber weder ein terminaler Zustand blödsinniger Schwäche, noch eine manische Beschleunigung des Vorstellungsprocesses, noch hallucinatorische

Vorgänge können zur Erklärung dieser Verworrenheit herangezogen werden.

Explorat ist genöthigt, ab und zu Kunstpausen zu machen, die er durch das Absingen eines Liedes, eine stereotype Phrase, durch Grimassiren und unarticulirte Schreilaute auszufüllen bemüht ist.

Das gebotene Bild geistiger Störung steigert sich und wird durch ein neues Symptom (Unreinlichkeit) complicirt, als die bisherigen Symptome der Umgebung nicht imponiren. Nach Entziehung der Krankenkost und elektrischer Pinselung wird D. plötzlich vernünftig.

Mit solchen Mitteln heilt man keine wirkliche Geisteskrankheit. In solch rascher Weise kommt es bei solcher nicht zur spontanen Heilung.

In der Folge kommen noch einzelne Relapse vor, aber in Form einfachen Blödsinns und ganz abrupten Unsinnredens. Energische Aufforderungen, derlei bleiben zu lassen, bringen den Exploraten sofort wieder zur Vernunft. Auffällig ist endlich, dass D. Nachts ruhig schläft, gut genährt ist und trotz scheinbarer primärer Geistesstörung in der Strafhaft um 3 Kilogramm an Körpergewicht zugenommen hat.

Der Verlauf, die Symptomengruppirung, die Lösung des von D. gebotenen Zustandes entsprechen nicht dem Bild einer empirisch wahren, wirklich bestandenen psychischen Krankheit.

D. hat willkürlich und absichtlich nach schlechtem Muster Symptome von Irrsinn vorgetäuscht. Er ist ein Simulant.

Anhaltspunkte dafür, dass neben und hinter diesem vorgetäuschten Bild einer geistigen Störung ein anderweitiger wirklicher psychopathischer Zustand bestehe, liessen sich aus der Beobachtung nicht gewinnen.

Gleichwohl muss — wie dies aus der Hartnäckigkeit der Simulation schon sich vermuthen lässt — zugegeben werden, dass Explorat sich in einem Zustand lebhafter gemüthlicher Erregung und nervöser Gereiztheit befindet und dass eine Fortsetzung der Simulation, vermöge der damit gegebenen psychischen Spannung und Anstrengung, gleichwie Isolirhaft und disciplinare Massregelung leicht zum Ausbruch einer wirklichen Geisteskrankheit den Anstoss geben könnte.

* * *

Auf Grund dieses Gutachtens wurde D. in der Strafhaft belassen, jedoch in der Krankenabtheilung verpflegt. Er war ruhig, geordnet geistig normal bis zum 21. Februar 1888, wo bekannt wurde, dass er wegen eines Betrugs, der inzwischen aufgekommen war, von den ungarischen Behörden strafgerichtlich verfolgt und seine Auslieferung nach Ungarn zu gewärtigen sei.

Sofort fing D. ganz in der früheren Weise wieder an zu simuliren. Neuerliche Application des elektrischen Pinsels provocirte einen nicht simulirten hysteroepileptischen Insult, der wiederkehrte, als man neuerlich faradisirte. In Ruhe gelassen, schwanden die Anfälle und das simulirte Delir.

Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden.

Vom Docenten
Dr. Julius Wagner.

Zur Lösung der im Titel enthaltenen Frage liegt zwar nur ein spärliches Material vor, wie das am Schlusse zu gebende Literaturverzeichniss beweisen wird. Es enthält dasselbe fast ausschliesslich Mittheilungen über einzelne Fälle; den Versuch einer zusammenfassenden Darstellung hat zuerst Professor Hofmann in der 4. Auflage seines Lehrbuchs der gerichtlichen Medicin gemacht.

Ich habe es der Mühe werth gehalten, das vorliegende Material zu sammeln in der Hoffnung, dass dadurch Anregung gegeben werden könnte, diesen Fällen künftighin eine grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Es scheint mir das keine ganz undankbare Aufgabe zu sein; denn einerseits hoffe ich in der folgenden Darstellung zu zeigen, dass thatsächlich bei solchen wiederbelebten Erhängten interessante und bemerkenswerthe Störungen im Bereiche des Centralnervensystems beobachtet werden. Andererseits sind die Einwirkungen auf das Gehirn, welche beim Erhängen stattfinden, wenn sie sich auch aus mehreren Componenten zusammensetzen, doch in ihrer Wirkung constant, in ihrer Intensität bestimmbar (die Intensität der Wirkung dürfte nämlich ziemlich parallel gehen der Dauer der Suspension) und selbst dem Experimente zugänglich, so dass man hoffen darf, durch das Studium dieser Erscheinungen werthvolle Aufschlüsse über die Hirnpathologie zu erhalten.

Vorausschicken muss ich, dass es sich in den von mir gesammelten Fällen nur um Selbstmörder handelt. Mord durch

Erhängen kommt ja nur selten vor; noch seltener dürfte es in diesen Fällen zur Widerbelebung kommen. Und Wiederbelebung von durch den Strang Justificirten, wie in dem bekannten Raaber Falle,[1]) ist gewiss nur eine ganz ausnahmsweise Seltenheit.

Werden solche erhenkte Selbstmörder rechtzeitig abgeschnitten, so können sie wieder zum Leben gebracht werden, und es wird dann an ihnen eine Reihe von Erscheinungen beobachtet, die Gegenstand der folgenden Erörterungen sein sollen.

Vorher will ich aber noch die Momente besprechen, welche bei der Strangulation eine Störung der Gehirnthätigkeit herbeiführen können. Es sind das die Asphyxie einerseits und der Verschluss der Carotiden andererseits. Das letztere Moment wurde zuerst von Professor Hofmann zur Erklärung gewisser Erscheinungen herangezogen und wird jetzt in seiner Bedeutung allgemein gewürdigt.

Die Asphyxie schädigt das Gehirn durch den Mangel an O, und dass dieser Eingriff die Function des Grosshirns sehr rasch beeinträchtigt, ergibt sich aus dem Umstande, der am reinsten bei einfacher Erstickung constatirt werden kann, dass schon sehr bald nach dem vollständigen Abschluss der Sauerstoffzufuhr Bewusstlosigkeit eintritt, zu einer Zeit, wo die Athmung und der Herzschlag noch kräftig fortbestehen; wir sehen ferner allgemeine Convulsionen als regelmässige Begleiter der Erstickung auftreten.

Ob mit der Wiederherstellung der normalen Athmungsverhältnisse auch die Schädigung, welche das Gehirn durch die Asphyxie erlitten hat, wieder behoben ist, darüber wissen wir nichts Positives, weil die Mittheilungen über die Folgeerscheinungen nach Wiederbelebung von einfacher Erstickung nur sehr spärlich und unvollständig sind. Auf eine hierher gehörige Angabe werde ich später noch zurückkommen. Wir können aber hier vielleicht die Erscheinungen, welche nach Kohlenoxydgasvergiftung beobachtet werden, heranziehen. Es erreicht bei dieser Vergiftung, die ja auch eine Art Erstickung ist, die Ernährungsstörung in einzelnen Partien des Gehirns manchmal eine solche Höhe, dass ein Ausgleich der gesetzten Schädigung

---

[1]) Hofmann, Wien. med. Wochenschr. 1880, Nr. 17.

nicht mehr möglich ist und dass die betreffenden Partien der Nekrose verfallen; man beobachtet Encephalomalacien als Folge von CO-Vergiftung. Es dürfte daher auch die Wiederherstellung der normalen Ernährungsbedingungen in den Nervenelementen, in denen es nicht zum vollständigen Absterben kommt, einige Zeit dauern und ein Theil der in Folge der Vergiftung beobachteten Erscheinungen eben auf diese erst allmählich der Ausgleichung fähigen Ernährungsstörungen zurückzuführen sein. Es ist nun die Annahme nicht zu gewagt, dass auch bei der einfachen Erstickung ähnliche Verhältnisse vorliegen und dass gewisse nervöse Erscheinungen nach der Wiederbelebung ihren Grund in diesem nicht sofort stattfindenden Ausgleich der durch die Asphyxie gesetzten Ernährungsstörungen finden dürften.

Der zweite schädigende Einfluss, der das Gehirn bei der Strangulation trifft, ist der Verschluss der Carotiden. Der Carotis-Verschluss ist bekanntlich, selbst wenn er nur einseitig erfolgt, bei Unterbindungen oft von schweren Folgen für das Gehirn begleitet. Nach Pilz traten in 32 Procent aller Fälle nervöse Störungen auf, häufig in der Form von Hemiplegien, bedingt durch Erweichungsherde in Folge mangelhafter Ernährung einer Hemisphäre. Gleichzeitige Unterbindung beider Carotiden wurden am Menschen, soviel mir bekannt ist, nicht gemacht. In unserem Falle handelt es sich aber überhaupt nicht um dauernden Verschluss der Carotiden, sondern nur um eine vorübergehende Absperrung des Blutstromes durch dieselben. Es ist zweifellos, dass auch durch temporäre Anämie schwere und sogar irreparable Ernährungsstörungen der Nervencentra gesetzt werden können.

So haben Ehrlich und Brieger[1]) nachgewiesen, dass durch vorübergehenden Verschluss der Bauchaorta beim Kaninchen eine so schwere Ernährungsstörung in der grauen Substanz des Rückenmarkes gesetzt wird, dass es trotz Wiederherstellung des Kreislaufs zu einer förmlichen Nekrose derselben kommt.

Auf eine ähnliche Grundlage ist vielleicht ein interessanter Fall zurückzuführen, den Petřina mitgetheilt hat: Ein 57jähriger Mann bekam nach einem Erhängungsversuche eine rechtsseitige Lähmung des ganzen Facialis und linksseitige Extremitätenlähmung; ausserdem Sensibilitätsstörungen im Gesichte und am Rumpfe.

[1]) Zeitschr. f. klin. Med. VII.

Petřina nimmt eine Blutung im Pons an; die Autopsie fehlt aber, und das schubweise Zunehmen der Lähmung bei schon wiedererlangtem Bewusstsein machen die Annahme einer Erweichung wahrscheinlicher.

Auf die irreparable Ernährungsstörung, welche im Gehirn durch die Asphyxie einerseits, durch die Anämie andererseits gesetzt wird, dürften die Fälle zurückzuführen sein, in denen die Wiederbelebung gelang, in denen aber die Kranken im Koma verblieben und im Laufe der nächsten Tage zu Grunde gingen.

In Betracht zu ziehen wäre endlich auch der Zustand des Hirnkreislaufs bei Erhängten nach der Wiederbelebung.

Während der Suspension können die der Erstickung eigenthümlichen, vom Blutdrucke abhängigen Schwankungen im Kaliber der Hirngefässe wohl nur sehr unvollkommen zur Geltung gelangen, weil wegen des Verschlusses der Carotiden die Blutzufuhr zum Gehirne eine sehr verminderte ist. Dagegen müssen nach der Abnahme des Kranken wichtige Veränderungen in der Hirncirculation vor sich gehen. Knoll[1]) hat nachgewiesen, dass nach temporärem Verschluss mehrerer oder auch nur einer Hirnarterie der hierdurch gesetzte Zustand von Hirnanämie dem gegentheiligen, einer bedeutenden Hyperämisirung des Gehirns Platz macht in dem Momente, wo die Circulation im Gehirn wieder ganz freigegeben wird. Dasselbe muss bei Strangulirten nach der Abnahme erfolgen. Nur kann die Erschlaffung der Hirngefässe erst in dem Momente zu einer wirklichen Hirnhyperämie führen, wo durch Hebung des anfangs sehr niedrigen Blutdrucks eine ausgiebige Füllung der Gefässe ermöglicht wird. Es besteht also bei dem Wiederbelebten einige Zeit nach der Abnahme, sobald sich Athmung und Puls zu heben beginnen, eine bedeutende Hirnhyperämie, mit der auffallende Symptome coincidiren, welche wir sogleich erwähnen werden.

Nachdem ein Erhängter abgeschnitten worden ist, befindet er sich zunächst im Zustande der Bewusstlosigkeit. Die Bewusstlosigkeit tritt nämlich so rasch ein, schon nach wenigen Secunden, dass es nicht vorkommen dürfte, dass ein Erhängter abgeschnitten wird, bevor noch das Bewusstsein geschwunden ist. Dieser Zustand der Bewusstlosigkeit kann verschieden lange dauern;

---

[1]) Sitzungsbericht d. kais. Akad. d. Wissensch. Bd. 93.

während in einigen Fällen die Besinnung sehr rasch, jedenfalls vor Ablauf einer Stunde, zurückkehrte, dauerte es in anderen Fällen mehrere Stunden, ja es blieben manche Kranke zwei volle Tage bewusstlos. Die Dauer der Bewusstlosigkeit gibt einen gewissen Gradmesser für die vorhergegangene Schädigung des Gehirns ab und hängt wahrscheinlich von der Zeit ab, wie lange der Kranke gehangen hat.

Bevor der Kranke wieder zum Bewusstsein zurückkehrt, macht sich meist eine auffallende Erscheinung bemerkbar, es treten nämlich allgemeine Convulsionen ein. Diese Convulsionen zeigen sich nie unmittelbar nach der Abnahme des Kranken; sie treten oft erst nach mehreren Stunden auf, nachdem der Kranke abgeschnitten wurde und scheinen nach einigen Beobachtungen mit Aenderungen in der Respiration zusammenzufallen. Im Anfange nämlich athmen die Kranken oft gar nicht, man muss künstliche Athmung einleiten. Oder die Athmung erfolgt spontan, ist aber unregelmässig und wenig ausgiebig. Endlich werden die Athembewegungen tiefer, ausgiebiger, und damit fällt in der Regel das Auftreten der allgemeinen Convulsionen zusammen. Das war z. B. in einem Falle aus Friedreich's Blättern und dem Falle von Joël mehr als eine Stunde nach der Abnahme; Moreaud's Fall hatte sich um 4 Uhr erhenkt, um 6 Uhr traten die Convulsionen auf; Bourneville's Kranker zeigte Krämpfe drei Stunden nach der Abnahme; Petřina's Kranker erhenkte sich Abends, die Krämpfe traten erst am folgenden Morgen auf.

Die Dauer der Convulsionen wird auch sehr verschieden angegeben. Während sie in Petřina's Fall nur kurze Zeit dauerten, währten sie bei Moreaud über eine Stunde, in Schüle's Fall durch mehrere Stunden, bei Ploss und Biaute die ganze Nacht.

Die Convulsionen werden von mehreren Autoren direct als epileptische oder epileptiforme bezeichnet. In anderen Fällen hatten die Krämpfe mehr einen tetanischen Charakter, oder es wechselten klonische Zuckungen mit tetanischen ab. So spricht König von den heftigsten trismischen und tetanischen Krämpfen, die jede Minute auftraten. Auch Biaute spricht sowohl von epileptiformen als von tetanischen Zuckungen. Bei Petřina's Fall waren zuerst heftige klonische Zuckungen, später allgemeine Muskelstarre, die mehrere Stunden anhielt. Terrien sah

ebenfalls zuerst epileptische Zuckungen und darnach tetanische mit Opisthotonus und arc-en-cercle wie bei Hysterischen.

In einigen Fällen ist eine Ungleichmässigkeit der Krämpfe auf beiden Seiten angegeben. Biaute sah während der Krämpfe „deviation de la face." In Petřina's Falle waren die Convulsionen besonders stark im rechten Facialis und in den Extremitäten der linken Seite, gerade in den Theilen, die später gelähmt waren.

Eine einseitige Erscheinung in einer ganz besonderen Form beobachtete Terrien. Nachdem sein Kranker einige Zeit zuerst epileptische und dann tetanische Krämpfe gehabt hatte, fing er auf einmal an, im Bette Bewegungen der Beine zu machen, wie wenn er marschiren würde. Auf die Beine gestellt, machte er dieselben Bewegungen zuerst am Flecke; dann fing er wirklich zu gehen an, und zwar führte er mit der grössten Hartnäckigkeit und trotz aller entgegengestellten Hindernisse Reitbahnbewegungen nach rechts aus. Die rechte Pupille war dabei weiter als die linke. Wenn man ihn auch nach links umdrehen wollte, immer strebte er wieder mit aller Gewalt nach rechts zurück.

Ein ähnliches Phänomen, aber nur einseitig, Gehbewegungen mit dem linken Fusse, verbunden mit rhythmischen Bewegungen im linken Arme, beobachtete auch König.

Nach der Beendigung der Convulsionen erfolgt meist bald die Wiederkehr des Bewusstseins.

Es scheint übrigens, dass manchmal diese Convulsionen auch nach der Widerbelebung wiederholt auftreten können; denn Kussmaul[1]) beschreibt einen Fall, in dem ein Mädchen, das man vom Strange abgeschnitten hatte und mit Mühe wieder zum Leben brachte, wochenlang von heftigen fallsüchtigen Anfällen heimgesucht wurde.

Sind diese Convulsionen der Asphyxie oder dem Verschlusse der Carotiden zuzuschreiben? Ob nach Wiederbelebung Asphyktischer Convulsionen eintreten, ist mangels diesbezüglicher Mittheilungen nicht zu entscheiden. Ich habe nur einen Anhaltspunkt gefunden. Tardieu beschreibt in seinem Werke über das Erhängen und die verwandten Todesarten einen Unfall, wo gelegentlich einer Panique eine Anzahl von Frauen in mehr oder

[1]) Kussmaul und Tenner, Molleschott's Untersuch. III.

weniger hochgradige Asphyxie gerathen waren. Es fiel mir nun auf, dass bei vielen dieser Frauen hysterische Attaquen beobachtet wurden. Liest man aber die Mittheilungen aufmerksam durch und hält man sie mit den eben angeführten Beobachtungen von Erhängten zusammen, so muss die Vermuthung entstehen, dass die vermeintlichen hysterischen Anfälle ebensolchen Ursprungs gewesen sein mögen, wie in unseren Fällen.

Für eine Abhängigkeit der Krämpfe vom Carotidenverschluss könnte wieder ins Feld geführt werden der Umstand, dass die Krämpfe manchmal nur einseitig, manchmal wenigstens nicht ganz symmetrisch waren, was davon abhängen könnte, dass in diesen Fällen durch eine abnorme Lagerung des Stranges vorwiegend eine Carotis comprimirt wurde.

Es dürfte übrigens der Streit ziemlich müssig sein, ob der Carotidenverschluss oder die Asphyxie an den Convulsionen Schuld sei; wenigstens spricht die experimentelle Untersuchung dafür, dass beide Momente diesen Effect haben können. Sigmund Mayer [1]) formulirt nämlich auf Grund von Experimenten folgendes Gesetz: „Wenn die terminalen Nervensubstanzen einer Störung ihrer normalen Ernährung ausgesetzt sind, die eine bestimmte, für die bestimmten terminalen Apparate verschieden lange Zeitdauer nicht überschreiten, so beantworten sie den Wiederbeginn der normalen Ernährungsvorgänge mit der Auslösung eines mehr oder weniger intensiven Reizvorganges." Als experimentell erzeugte Ernährungsstörungen verwendete Mayer aber einerseits die Asphyxie, andererseits den Verschluss von Hirnarterien; und unter den beim Wiederbeginn der normalen Ernährungsverhältnisse ausgelösten Reizerscheinungen führt er allgemeine Convulsionen auf.

Wenn endlich der Kranke nach Beendigung der Krämpfe zum Bewusstsein gelangt, kommt eine weitere Erscheinung zur Geltung, das Vorhandensein einer Lücke in der Erinnerung. Diese Lücke schliesst zunächst, wie selbstverständlich, die Zeit ein, während welcher der Kranke bewusstlos war. Ferner fehlt aber den Kranken häufig auch die Erinnerung für den ausgeführten Selbstmordversuch vollständig; sie wissen nicht, dass sie einen Selbstmordversuch ausgeführt haben und es mangelt

[1]) Sitzungsbericht d. kais. Akad. d. Wissensch. 81. Bd.

ihnen in Folge dessen auch jedes Verständniss für die Situation, in die sie durch ihr Tentamen gekommen sind. So glaubte der Kranke von König, von einem Schlagfluss gerettet worden zu sein. Eine andere Kranke glaubte, ihr Uebelbefinden rühre daher, weil sie über die Treppe gefallen sei, was ganz unrichtig war. Die von Féré und Breda beschriebene Kranke wies mit Entrüstung die Zumuthung, dass sie solle einen Selbstmordversuch begangen haben, zurück; die Heiserkeit, welche eine Folge der Strangulation war, glaubte sie sich durch eine Erkältung zugezogen zu haben; die Strangfurche hielt sie für einen Einschnürungseffect der zu engen Zwangsjacke, die man ihr nach dem Tentamen angezogen hatte. Sie suchte wiederholt in einem Sacke, in dem sie ihre Effecten aufbewahrt hatte, nach einem Stricke, der daselbst verborgen war und wusste sich das Verschwinden desselben (es war der Strick, mit dem sie sich erhenkt hatte) nicht zu erklären. Der Kranke von Biaute wollte absolut nicht zugeben, dass er einen Selbstmordversuch gemacht habe, und glaubte das Opfer eines ärztlichen Irrthums zu sein.

In den siebzehn genauer beschriebenen Fällen, über die ich verfüge, ist diese Amnesie in eilf Fällen ausdrücklich angegeben. In einem Falle bestehen keine Angaben, woraus man auf das Vorhandensein oder Fehlen der Amnesie schliessen könnte. In dem Falle Meding's war das Verhalten der Erinnerung ein ganz eigenthümliches, worauf ich später zurückkomme. Nur in vier Fällen liegen derartige Angaben vor, die das Vorhandensein einer Amnesie ausschliessen; die Kranken lieferten eine genaue Beschreibung von der Ausführung des Selbstmordversuches und schilderten die Empfindungen, welche dem Eintritte der Bewusstlosigkeit vorangingen. Bei einigen dieser Kranken bestand übrigens anfangs Amnesie und erst später kehrte die Erinnerung zurück.

Aus einem Aufsatze von Schlager[1]), in dem über eine grössere Anzahl von vereitelten Selbstmorden, darunter auch über zahlreiche Strangulationsversuche, aber nur aphoristisch berichtet wird, sind hierüber keine positiven Daten zu erhalten, doch scheint aus einigen Andeutungen hervorzugehen, dass auch in diesen Fällen das Verhalten der Erinnerung stets ein dem oben angeführten conformes war.

[1]) Psychiatr. Beobachtungen über den Selbstmord. Sep.-Abdr.

Die Lücke in der Erinnerung erstreckt sich aber in vielen Fällen noch mehr oder weniger weit auf die Zeit vor dem Selbstmordversuche. Es wird durch die Strangulation eine Amnesie retroactive geschaffen, wie die Franzosen sagen. So fehlte dem Kranken König's, der sich eines Morgens in Bonn aufgehenkt hatte, die Erinnerung von dem Momente an, wo er Tags zuvor Mittags von Köln abgereist war. In einem anderen Falle wusste die Kranke, welche sich Morgens erhenkt hatte, nichts von dem Momente angefangen, als sie Tags zuvor das Mittagessen zubereitet hatte. Der Kranke von Krafft-Ebing, allerdings kein ganz reiner Fall, wusste nichts von dem Momente an, wo er in trunkenem Zustande das Wirthshaus verlassen hatte, obwohl er vor Ausführung des Selbstmordversuchs noch eine Reihe complicirter Handlungen vorgenommen hatte. In anderen Fällen erstreckt sich endlich die Amnesie noch mehr weniger weit auf die Zeit nach wiedererlangter Bewusstlosigkeit.

Es scheint der Grad der Amnesie in einem gewissen Verhältniss zur Dauer der Bewusstlosigkeit und somit wahrscheinlich auch zur Dauer der Suspension zu stehen. Wir finden nämlich in den Fällen, wo die Amnesie fehlte, meist eine kurzdauernde Bewusstlosigkeit.

Wie ist nun diese im Gefolge von Strangulation beobachtete Amnesie aufzufassen?

Man könnte denken an die Amnesien, welche sich beziehen auf Handlungen, welche im Zustande höchstgradiger Affecte, in Angstzuständen, in Zornparoxysmen begangen werden. Aber wenn auch der Selbstmord meist in Folge von deprimirenden Affecten begangen wird, so sind es doch meist Affecte, die weniger durch ihre momentane Höhe, als durch ihre Dauer wirksam sind, während die sogenannten pathologischen Affecte, bei denen solche Amnesien vorkommen, Affectausbrüche von sehr hoher Intensität darstellen.

Es wird ferner auch bei anderen Formen von Selbstmord oft ein Zustand getrübter Erinnerung an die That beobachtet. Aber es handelt sich dabei doch nur um eine unvollständige Erinnerung bezüglich der Ausführung des Tentamen, des Factums selbst bleiben sich die Individuen wohl bewusst; es ist nicht der vollständige blinde Fleck im Gedächtniss, wie bei den Stran-

gulirten, die gar nicht wissen, dass sie einen Selbstmord ausgeführt haben.

Endlich finden wir sowohl bei den pathologischen Affecten, als bei den übrigen Arten des Selbstmordes eine Eigenthümlichkeit nicht, die den Strangulirten eigen ist, nämlich die Amnesie retroactive.

Diese Amnesie retroactive finden wir dagegen bei einem anderen schweren Eingriff in die Gehirnfunction, der auch mit Bewusstlosigkeit einhergeht, nämlich bei der Gehirnerschütterung. Bekanntlich fehlt den Individuen, die eine schwere Hirnerschütterung erlitten haben, nach Wiedererlangung des Bewusstseins häufig nicht nur jede Erinnerung an den erlittenen Unfall, sondern es erstreckt sich die Lücke in der Erinnerung auch noch mehr weniger weit auf die Zeit, welche dem Unfalle unmittelbar vorherging.

Wir werden auf die Aehnlichkeit der Erscheinungen nach Wiederbelebung Erhängter mit den nach Schädeltraumen beobachteten zurückkommen, wenn wir von den an die Ersteren sich anschliessenden psychischen Störungen sprechen werden.

Erwähnenswerth mag sein, dass wir in beiden Fällen analoge Veränderungen in der Hirncirculation annehmen müssen. Für die wiederbelebten Strangulirten haben wir schon früher (pag. 316) das Vorhandensein einer bedeutenden Hirnhyperämie postulirt; Professor Albert[1]) hat nachgewiesen, dass auch durch Schädeltraumen eine bedeutende Beschleunigung des Hirnkreislaufs herbeigeführt wird.

Möglicherweise haben wir es auch bei einem anderen Krankheitszustande, bei dem amnestische Defecte eine grosse Rolle spielen, nämlich bei der Epilepsie, mit einer Beschleunigung des Hirnkreislaufs, bedingt durch Erweiterung der Hirngefässe, zu thun. Eine besonders in Deutschland verbreitete Hypothese nimmt zwar an, dass gerade der entgegengesetzte Zustand, eine Hirnanämie, dem epileptischen Anfall zu Grunde liege. Stichhältige Beweise liegen aber für diese Hypothese nicht vor, und die Franzosen z. B. sahen auch von jeher den epileptischen Anfall als ein Sympton von Hirncongestion an. Diese letztere Ansicht gewinnt eine kräftige Stütze durch die Versuche, welche

[1]) Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1887, pag. 90. Vorl. Mitth.



Gärtner und ich[1]) angestellt haben. Wir haben nämlich experimentell nachgewiesen, dass bei den durch elektrische Rindenreizung erzeugten Anfällen eine bedeutende Beschleunigung des Hirnkreislaufs, bedingt durch Gefässerweiterung, eintritt.

Die Ansicht, der ich zuneige, dass die nach Strangulation beobachtete Amnesie eine directe Wirkung der Schädigung der Gehirnernährung ist, die durch diesen Eingriff bedingt wird, gewinnt an Wahrscheinlichkeit dadurch, dass ein ähnliches Verhalten auch nach Kohlenoxydgasvergiftung beobachtet wird.[2]) Ueber andere Formen der Asphyxie liegen mir in dieser Richtung keine Angaben vor.

Es kommen endlich auch eigentliche psychopathische Zustände als Folgen der Strangulation vor.

Solche Zustände können sich unmittelbar an die Wiederkehr des Bewusstseins anschliessen; sie sind ganz vorübergehender Natur und haben den Charakter von Aufregungszuständen mit einem gewissen Grade von Verworrenheit.

So war es in dem Falle von Terrien; ebenso in König's Falle, der, zum Bewusstsein gelangt, eine vermehrte Neigung zum Sprechen hatte, die entlegensten und fremdesten Ereignisse in seine Erzählungen einwebend, dabei einen sehr lebhaften Stimmungswechsel zeigte. Joël's Fall war, nachdem er das Bewusstsein erlangt hatte, einige Zeit umdämmert, wie im Delirium tremens. Ebenso folgte in dem Falle Moreaud's der Wiedererlangung des Bewusstseins ein zweitägiger Aufregungszustand mit Verworrenheit und Illusionen, der durch einen deprimirten, schweigsamen Zustand in die Norm überging. In Schüle's Fall folgte der gelungenen Rettung durch mehrere Stunden ein stupid-manisches Gebaren. Krafft-Ebing's Fall endlich, der allerdings vor der Strangulation berauscht war, tobte und wüthete nach der Wiederbelebung, dass er kaum nahbar war und nur mit Mühe gebändigt wurde.

Zur Erklärung dieser Aufregungszustände dürften wir auch mit dem citirten Gesetze Sigmund Mayer's von der Auslösung eines Reizvorganges bei Wiederbeginn der normalen Ernährungsvorgänge auslangen.

---

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1887, Nr. 19 u. 20.

[2]) Siehe z. B. Boucher, La france médicale, 1884.

Ausser diesen transitorischen Störungen kann es aber nach einer Strangulation ,auch zu einer ausgebildeten Psychose von längerer Dauer kommen. Diese Fälle sind selten und ich konnte bisher nur zwei aus der Literatur auftreiben. Es wird zwar in vielen älteren und neueren Lehrbüchern der Psychiatrie von solchen Fällen gesprochen und Schüle citirt in der ersten Auflage seines Lehrbuches deren drei aus der Literatur. Bei genauerer Nachforschung stellt sich aber heraus, dass diese drei Fälle nur einer sind, der zuerst von Meding beschrieben wurde, dann wörtlich von Spielmann, Kahlbaum, Griesinger und noch vielen Anderen abgeschrieben wurde, so dass es dem arglosen Leser scheinen könnte, als würden zahlreiche derartige Fälle in der Literatur existiren.

Zu diesem einen Falle kommt noch ein zweiter, den Schüle in der letzten Auflage seines Lehrbuches mitgetheilt hat. Ich will beide Fälle wörtlich anführen.

Meding's Fall ist folgender:

Ein 25jähriger, kräftiger Gefangener erhängt sich. Fast unmittelbar nach Abnahme des Körpers zeigen sich Lebensäusserungen, das Bewusstsein kehrt zurück; Patient gibt anscheinend ganz ruhig und vernünftig die Geschichte seines Lebens und seine Motive (Lebensüberdruss) an. Am folgenden Tage ist er still und wortkarg, am dritten verstummt er. Stierer Blick, injicirte, rollende Augen, Krämpfe der Schläfe, der Kaumuskeln und der Augen; Greifen nach dem Kopfe, starres, lebloses Gesicht, wie eine Bildsäule. Kein sinnlicher Eindruck scheint percipirt zu werden, nur sehr starker Schall bewirkt leichte Zuckungen der Gesichtsmuskeln; er geht herum und isst, ohne Empfinden oder Begehren auszudrücken. Nach drei Wochen wird Patient in eine Heilanstalt gebracht und nach einigen weiteren Wochen erwacht er. Er erinnert sich vollkommen der Zeit und der Umstände, die dem Hängen vorausgegangen waren, bis zum Eintritte der Bewusstlosigkeit und beschreibt den lebhaften Kampf seiner Gefühle zwischen Entschluss und Ausführung und die Empfindungen im Momente des Hängens, Sausen vor den Ohren und Funken vor den Augen. Von diesem Augenblick an ist alle Erinnerung an seine persönliche Existenz bis zur Stunde seines Erwachens in der Heilanstalt verschwunden; auch die Wiedererholung nach dem Hängen und der mehrstündige Besitz des Bewusstseins war ihm ganz unbewusst.

Schüle's Fall lautet folgendermassen:

Ein 46jähriger, erblich nicht belasteter Mann gerieth aus psychischen Ursachen in beginnende Melancholie, in welcher er einen Erhängungsversuch machte, aber noch rechtzeitig abgeschnitten wurde. Heftige Convulsionen und ein Zustand stupid-manischen Gebarens durch mehrere Stunden folgten der gelungenen Rettung. Von nun an war der Kranke blödsinnig, und zwar machte er den Eindruck eines Paralytikers mit ungleichen Pupillen, ungleicher Innervation der Gesichtszüge, verlangsamter Sprache. Letztere führte der Kranke selbst auf die überstandenen Krämpfe nach dem Erhängen zurück. Sein psychischer Zustand war der einer vollständigen Indolenz mit weinerlichem Wesen, geschwächtem Gedächtniss und Urtheil, raschem, unmotivirtem Umschlag der Stimmung von euphorischem Wohlbehagen in kindisches Weinen. Der Kranke wusste sich nicht auf unmittelbare Vorgänge zurückzuerinnern und sagte wiederholt selbst: „Er sei blödsinnig". Nach Umfluss von acht Monaten langsam beginnende Besserung mit allmählichem Uebergang in Heilung, aber bleibendem leisen Defect. Später, nach Jahren, Recidive mit Uebergang in Unheilbarkeit.

Schüle und Krafft-Ebing rechnen diese Fälle zur acuten Demenz. Dieselben Autoren machen auf die Aehnlichkeit der Psychosen nach Strangulation mit den nach Kohlenoxydgasvergiftung beobachteten aufmerksam, und es wäre das erklärlich, da ja in beiden Fällen das Gehirn durch Asphyxie geschädigt wird.

Es wäre interessant zu erfahren, ob auch nach anderen Formen der Asphyxie ähnliche Zustände vorkommen.

Es ist mir nur gelungen, einen Fall von Geistesstörung nach Ertrinken zu finden, den Ribot [1] in seiner Schrift über die Störungen des Gedächtnisses mittheilt. Er führt diesen Fall auf unter einer Reihe von anderen Fällen, die das Gemeinsame haben, dass nach einer schweren Schädigung des Gehirns, so nach schweren Hirnerschütterungen, nach erschöpfenden Krankheiten, nach grossen Blutverlusten, schwere Störungen des Gedächtnisses auftreten, die Ribot als temporäre destructive Amnesien bezeichnet. Es handelt sich um Fälle, in denen einerseits die Fähigkeit, gehabte Eindrücke im Gedächtnisse zu fixiren,

[1]) Das Gedächtniss und seine Störungen. Von Th. Ribot. Deutsche Ausgabe 1882.

in hohem Grade gelitten hatte, so dass die Kranken nicht im Stande waren, sich an das unmittelbar Vorangegangene zu erinnern; andererseits war ein mehr weniger grosser Theil des im Gedächtniss bereits Fixirten verloren gegangen, oft bis zu einem solchen Grade, das die Individuen ihre gewohnte Umgebung nicht erkannten, die einfachsten Fähigkeiten und Kenntnisse verloren hatten und erst wieder neu erlernen mussten. Es sind dies also Zustände, die den Namen der Dementia acuta verdienen.

Soweit sich nun aus den kurzen Mittheilungen über die angeführten zwei Fälle von Psychosen nach Strangulation entnehmen lässt, scheinen sie thatsächlich ein ähnliches Bild geboten zu haben; in dem Falle Meding's finden wir sogar ebenso wie in einigen Fällen Ribot's ein plötzliches Wiedererlangen des Gedächtnisses.

Mit der Besprechung der Geistesstörungen haben wir aber das Capitel über die Einwirkung von Erhängungsversuchen auf die Psyche noch nicht erschöpft. Wenn durch diesen Eingriff einerseits Geistesstörungen hervorgerufen werden können, sehen wir andererseits in manchen Fällen eine gegentheilige Wirkung: bestehende Geistesstörungen werden durch denselben Eingriff beseitigt oder zum mindesten günstig beeinflusst. Wir sehen hier eine ähnliche Verschiedenheit in der Reaction des gesunden und des bereits erkrankten Gehirns auf denselben Eingriff, wie bei einem anderen Agens, nämlich bei den acuten fieberhaften Erkrankungen.[1]) Unter den 17 genauer beschriebenen Fällen der Literatur, über die ich verfüge, gehören hierher zwei Fälle.

In dem von Féré und Bréda mitgetheilten Falle handelte es sich um eine melancholische Verstimmung. Die Kranke war traurig, glaubte von ihrer Krankheit nicht geheilt zu werden; sie machte sich Selbstvorwürfe und war verzweifelt darüber, dass sie nicht zu Hause sein, nicht ihr Kind pflegen könne. Hallucinationen bestanden nicht. Andauernde Schlaflosigkeit und hartnäckige Neigung zum Selbstmorde. Sie machte zahlreiche Selbstmordversuche; sie war immer in Gesellschaft einer gleichgesinnten Kranken und ihre ganze Unterhaltung drehte sich um den Selbstmord und die Mittel, ihn auszuführen. Endlich gelang es ihr, sich aufzuhängen; sie wurde aber rechtzeitig

---

[1]) Siehe Wagner, Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen; dieser Jahrbücher VII.

wieder abgeschnitten und zum Leben gebracht. Am zweiten Tage darnach, als die schwersten Folgen dieses Ereignisses geschwunden waren, constatirt man eine wesentliche Aenderung in ihrem psychischen Zustande. Sie ist heiter, hat eine offene Miene, zeigt Lust zur Arbeit; sie bittet um ihre Entlassung, während sie früher gebeten hatte, sie nicht zu ihrer Familie zu schicken, weil sie das nicht verdiene. Gute Vorsätze für die Zukunft, Krankheitseinsicht; Selbstmordideen geschwunden; ruhiger Schlaf. Die Besserung dauerte aber nur acht Tage und darnach war sie wieder im alten Zustande.

Ein zweiter Fall wurde von White mitgetheilt: Eine 53jährige Frau, die seit drei Monaten an Melancholie litt und schon mehrere Selbstmordversuche gemacht hatte, erhängte sich. Sie wurde aber rechtzeitig abgeschnitten und wieder zum Leben gebracht. Nachdem die Folgen der Strangulation geschwunden sind, constatirt man, dass sich ihr geistiger Zustand sehr gebessert hat; sie hat ihre Wahnideen aufgegeben, ist heiter, beschäftigt sich; sie spricht vernünftig über ihren früheren Zustand und ihre That. Auch ihre körperliche Gesundheit hat sich gebessert und sie ist mit einem Worte auf dem vollen Wege der Genesung. In diesem Falle scheint es sich also um eine dauernde Besserung gehandelt zu haben.

Dass es sich dabei nicht um ganz vereinzelt dastehende Facten handelt, beweist ein Fall meiner eigenen Beobachtung, in dem der heilsame Einfluss eines Erhängungsversuches auf die bestehende Psychose in der eclatantesten Weise zu Tage tritt:

P. H., 26 Jahre alt, Kaffeehauscassierin, hatte sich am 4. August 1888 Vormittags erhängt. Sie wurde rechtzeitig abgeschnitten, wieder ins Leben gerufen und auf die psychiatrische Klinik im allgemeinen Krankenhause gebracht. Von dort kam sie am 9. August auf die psychiatrische Klinik in der n. ö. Landes-irrenanstalt in meine Beobachtung.

Aus dem Vorleben der Patientin ist Folgendes zu bemerken: Eine erhebliche hereditäre Belastung besteht nicht; auch kein Selbstmord in der Familie. Patientin entwickelte sich normal, litt an Bleichsucht und vor 6 bis 7 Jahren an Gelenks-Rheumatismus. Menstruirt seit dem 14. Jahre. Menses mit Ueblichkeiten, Krämpfen und Migräne verbunden. Vor 8 bis 10 Jahren einmal ohne besondere Veranlassung ein kurz dauernder Anfall von

Bewusstlosigkeit ohne Krämpfe. Voriges Jahr im Mai ein ähnlicher Anfall. An Schwindel litt Patientin in der letzten Zeit öfters.

Die Ursache ihres Selbstmordversuches war folgende: Patientin hatte durch einige Zeit ein Verhältniss, das sich vor einem Jahre auflöste, indem ihr Geliebter ihr erklärte, sie nicht heiraten zu können und Wien verliess. Darüber kränkte sie sich sehr. In den letzten Monaten schlief sie schlecht, litt viel an Kopfschmerzen, hatte keinen Appetit und magerte ab. Sie hatte Anfälle von heftigem Herzklopfen mit Schmerzen in der Herzgegend und Angstgefühl.

Sie glaubte ferner zu bemerken, dass die Leute auf der Gasse und im Kaffeehause sie eigenthümlich ansehen, über sie sprechen, sie für eine leichtsinnige Person halten und dergleichen. Sie bezog die Gespräche, die sie auf der Gasse und im Kaffeehause hörte, auf sich; hörte, wie Einer zum Anderen sagte: „Das ist sie!" Sie glaubte, dass diese Verfolgungen von einem Herrn ausgingen, der ihr unpassende Anträge gemacht hatte. Sie beklagte sich über diese angeblichen Verfolgungen auch wiederholt ihrem Chef gegenüber; dadurch und durch ihre Verstimmung fiel sie ihm auf und er liess sie deshalb in unauffälliger Weise beaufsichtigen, welchem Umstande sie ihre Rettung zu verdanken hatte. Es tauchte in ihr wiederholt der Gedanke an Selbstmord auf. Sie dachte sich: „Ich will lieber nicht auf der Welt sein, als mir schlechte Nachrede halten lassen."

Am 4. August führte sie diesen Plan aus und erhängte sich auf einem Aborte. Ein Bediensteter des Kaffeehauses aber, dem ihre an diesem Morgen besonders auffallende Verstimmung verdächtig war, folgte ihr; er hörte sie im Aborte röcheln, sprengte mit einiger Schwierigkeit die Thüre auf und schnitt sie ab. Patientin konnte höchstens zwei bis drei Minuten gehangen haben. Bald nach der Abnahme verfiel Patientin in so heftige Krämpfe, dass vier Leute sie kaum halten konnten, und schrie unaufhörlich durch mehr als eine Stunde. Sie wurde hierauf in noch bewusstlosem Zustande auf die psychiatrische Klinik im allgemeinen Krankenhause gebracht. Dort kam sie erst Mittags zum Bewusstsein. Nach ihrer eigenen Angabe hatte sie, als sie erwachte, keine Erinnerung an das Vorgefallene. Sie wusste nichts von ihrem Selbstmordversuche und verstand die Situation nicht, in die sie gekommen war. Die erste Nachricht von ihrer

That schöpfte sie nicht aus ihrer eigenen Erinnerung, sondern aus der Mittheilung der Umgebung. An die Details konnte sie sich aber noch gar nicht erinnern; was sie an dem Morgen gethan, weiss sie nicht; nur dass sie einen Strick gesucht, schwebt ihr vor. Erst allmählich im Laufe der nächsten Tage tauchten einige weitere Details in ihrer Erinnerung auf, meist erst, nachdem sie ihr mitgetheilt worden sind. Ueber irgendwelche Empfindungen im Momente des Hängens ist sie nicht im Stande, eine Angabe zu machen.

Ueber ihren Zustand nach wiedererlangtem Bewusstsein gibt sie Folgendes an: sie litt durch mehrere Tage an heftigen Kopfschmerzen; ausserdem an starken Schmerzen im Halse, besonders beim Schlingen, so dass sie die ersten beiden Tage gar nichts essen konnte. Auch das Sprechen schmerzte sie anfangs. Der Schlaf war sehr unruhig. Ohrensausen hatte sie nicht, dagegen war das Gesichtsfeld etwas trübe und sie sah Funken vor den Augen. Lesen konnte sie anfangs gar nicht, denn sie fasste den Sinn der gelesenen Worte nicht auf. Das verlor sich erst im Laufe einer Woche. Auch musste sie sich sehr anstrengen, um den Sinn des zu ihr Gesprochenen zu verstehen und ebenso grosse Mühe machte es ihr, ihre Gedanken zu einer richtigen Antwort zusammenzufassen. Es fehlte ihr nicht nur die Erinnerung an das dem Selbstmorde unmittelbar Vorangegangene, sondern die Erinnerung an vergangene Ereignisse überhaupt war durch einige Zeit eine sehr erschwerte. Auch bei Verrichtung von weiblichen Handarbeiten, Häckeln z. B., ging es ihr anfangs schlecht; sie machte Fehler und musste das Fertiggemachte wieder auftrennen.

Patientin zeigte bei ihrer Aufnahme noch eine deutliche Strangfurche, die vom rechten Unterkieferwinkel schief nach vorn und abwärts auf die linke Seite überging. Ausserdem auf beiden Conjunctiven im äusseren Augenwinkel Suffusionen. Patientin zeigte ferner schmerzhafte Druckpunkte: unter der linken Mamilla, entsprechend der Mitte des hinteren Scapularrandes links und am Austritte des linken Nervus occip. major; linkes Ovarium druckempfindlich. Das Gebiet des linken Trigeminus und der linken Hälfte des Rumpfes sammt der linken oberen Extremität zeigten eine herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit, die am Arm am ausgesprochensten war, so dass man dort eine

Hautfalte schmerzlos durchstechen konnte. An den unteren Extremitäten beiderseits normale Empfindlichkeit. Sehschärfe links etwas herabgesetzt; Gesichtsfeld beiderseits gleich. Beträchtlicher Grad von Anämie.

Sobald sich die Patientin von den unmittelbaren Folgen der Strangulation etwas erholt hatte, war aber eine auffallende Aenderung ihres Geisteszustandes, im Vergleiche mit der Zeit vor dem Selbstmordversuche, zu bemerken.

Die Stimmung der Patientin wurde mehr und mehr eine gleichmässig ruhige, heitere, hoffnungsvolle. Sie sprach mit Einsicht über ihren früheren Krankheitszustand und über ihre That. Sie ist von der Krankhaftigkeit ihrer früheren Wahnideen überzeugt; sie bereut ihre That und hat den Vorsatz, einen so verzweifelten Schritt nicht mehr zu unternehmen. Sie arbeitete fleissig, war verträglich und verkehrte in freundlicher Weise mit ihrer Umgebung. Sie nahm während ihres Aufenthaltes an Gewicht zu und sah bei der am 30. September 1888 erfolgten Entlassung blühend aus.

Wir haben es also mit einer Psychose zu thun, deren Prognose keineswegs von vorneherein mit Sicherheit als eine günstige bezeichnet werden konnte. Die Coïncidenz der plötzlichen Heilung mit dem Selbstmordversuche ist eine so auffallende, dass an einem Zusammenhange zwischen beiden Ereignissen nicht gezweifelt werden konnte.

Merkwürdig ist folgender Fall. Eine 30jährige Taglöhnersfrau wurde mit einer zweifellosen Strangfurche aufgenommen. Sie leugnete aber einen Selbstmordversuch durch Erhängen begangen zu haben. Von dem Gatten erfuhren wir nun Folgendes. Die bereits geisteskranke Frau war zu Hause allein ohne Aufsicht gewesen. Eines Tages kam der Gatte nach Hause und erkannte an der Strangfurche, die damals natürlich noch viel deutlicher war, sogleich, dass die Frau gehangen haben müsse. Sie war aber den ganzen Tag allein gewesen, wie war es möglich, dass sie so fest gehangen haben konnte, um eine so deutliche Strangfurche darzubieten und dann doch ohne Dazwischenkunft einer anderen Person wieder zum Leben kommen konnte? Es ergab sich nur eine mögliche Erklärung. Es waren an einem in demselben Zimmer befindlichen Kleiderrechen mehrere hölzerne Nägel abgebrochen. Die Frau musste sich also an

einem solchen hölzernen Nagel erhängt haben; derselbe war aber offenbar, nachdem sie schon eine Zeitlang gehangen hatte, abgebrochen und die bereits bewusstlose Frau zur Erde gefallen. Dadurch hatte sich der Strang gelockert und sie war wieder zum Bewusstsein gekommen. Das Leugnen der Patientin konnte mit umsomehr Berechtigung als die im Voranstehenden beschriebene Amnesie gedeutet werden, als Patientin einen zweiten Selbstmordversuch, von dem sie noch Spuren, nämlich Schnittwunden am Halse und an der Beugeseite der Handgelenke, trug, ohneweiters eingestand und darüber Auskunft gab. Es wäre sonst ganz unverständlich, warum sie den einen Selbstmord eingestehen, den anderen leugnen sollte, während es ganz begreiflich ist, wenn sie von dem einen nichts wusste.

Noch in einer anderen Richtung scheint die Patientin in das Gebiet des früher Besprochenen einzuschlagen. Es zeigte sich bei ihr nämlich in der ersten Zeit nach stattgehabter Strangulation eine bedeutende Besserung ihres psychischen Zustandes. Ich will auf das wenig Interesse darbietende Krankheitsbild nicht im Detail eingehen, sondern nur erwähnen, dass es sich um eine depressive Form des acuten Wahnsinns handelte; von der Höhe der Verstimmung kann man sich nach den Handlungen der Patientin einen Begriff machen. Während der ersten Zeit ihres Anstaltsaufenthaltes nun zeigte sich Patientin in erfreulichster Weise verändert. Sie war heiter, zeigte ein geordnetes Benehmen, arbeitete fleissig, und wenn sie sich auch nicht mit aller Einsicht über ihren Krankheitszustand aussprach, so war sie doch keineswegs verworren. Dieser Zustand dauerte über 14 Tage an. Dann wurde Patientin wieder ängstlich, bald auch verworren; sie arbeitete nichts mehr, hörte schliesslich auch zu sprechen auf, machte sogar Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme und zeigte sich gegen jede Annäherung abweisend.

Nach dem früher Mitgetheilten ist es also nicht unwahrscheinlich, dass wir es hier mit einer Besserung des geistigen Zustandes in Folge einer Strangulation zu thun haben, welche Besserung allerdings keine dauernde, sondern, wie in dem Falle von Féré und Bréda, eine vorübergehende war.

In praktischer Hinsicht könnte möglicherweise die nach der Strangulation vorhandene Amnesie gegebenenfalls eine forensische Bedeutung gewinnen.

Wichtiger erscheint mir eine andere Consequenz der im Voranstehenden geschilderten Erscheinungen. Man wird bei wiederbelebten Erhängten, selbst wenn sich dieselben vollständig frei von jeder Verstimmung zeigen und anscheinend nicht die geringste Gefahr vorhanden ist, dass sie neuerdings Angriffe auf ihr Leben machen könnten, sich eine gewisse Reserve in der prognostischen Beurtheilung auferlegen müssen und an die Möglichkeit denken, dass es sich nur um eine vorübergehende Besserung handeln könnte, wie in dem Falle von Féré und Bréda. Es wird darum zweckmässig sein, solche Individuen nicht zu früh aus der Beobachtung zu entlassen und noch für längere Zeit eine sorgfältige Aufsicht anzuordnen.

Schliesslich will ich die Literaturangaben über die siebzehn ausführlicher mitgetheilten Fälle, die ich aus der Literatur aufzutreiben im Stande war, anführen.

1. Fall. **König, Nasse's** Zeitschrift für Anthropologie, 1826.
2. Fall. **Schmidt's** Jahrbücher, 42. Bd., 1844, pag. 141.
3. Fall. **Joël, Hufeland's** Journal, März 1843; citirt nach **Schmidt's** Jahrb., 43. Bd., 1844, pag. 82.
4. Fall. **Meding, Siebenhaar's** Magazin der Staatsarzneikunde, Bd. 1; citirt nach **Kahlbaum,** die Katatonie, Berlin 1874.
5. Fall. **Ploss,** Zeitschr. f. Med., Chir. u. Geburtsh., N. F., V., 5. u. 6., pag. 382; citirt nach **Schmidt's** Jahrb. 1867.
6. Fall. Deutsche Zeitschr. f. Staatsarzneikunde; citirt nach **Friedreich's** Blätter f. ger. Med. 1860, pag. 381.
7. Fall. **Petřina,** Prag, med. Wochenschr. 1880.
8. Fall. **Krafft-Ebing,** Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl., pag. 240.
9. Fall. **Schüle,** Klinische Psychiatrie, pag. 229.
10. Fall. **Moreaud,** citirt nach **Virchow-Hirsch's** Jahresber. 1880, I., pag. 648.
11. u. 12. Fall. **Tardieu,** étude medico légale sur la pendaison etc. 1879, pag. 14 ff.
13. Fall. **White,** Lancet 1884, II,, pag. 401.
14. Fall. **Biauté's** Fall, mitgetheilt von **Terrien,** siehe 15.
15. Fall. **Terrien,** le Progrès médical 1887, Nr. 38.
16. Fall. **Bourneville,** ibidem.
17. Fall. **Ch. Féré** u. **P. Bréda,** Arch. de Neurolog. 1887.

Zur Frage der Trinkerasyle.

Vom Director und k. k. Regierungsrathe

Dr. Moriz Gauster.

Der mährische Landesausschuss hat über Auftrag des mährischen Landtages sich an die Directionen der Wiener, der Klosterneuburger, dann der mährischen Landes-Irrenanstalt um Beantwortung nachstehender Fragen gewendet:

1. Welche Zwecke die Trinkerasyle (Trinkerheilanstalten) zu erfüllen haben?
2. Welches sind die Gründe für deren Nothwendigkeit und Erspriesslichkeit?
3. Welcher Art Trunksüchtige, in welchem Stadium, unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen sollen dieselben in den Trinkerasylen untergebracht und wie behandelt werden?
4. Welches Procent der in den bestehenden Irrenanstalten untergebrachten Pfleglinge machen die Trunksüchtigen und mit Delirium Behafteten aus?
5. Wie gross ist beiläufig die Anzahl der ausser der Irrenanstalt befindlichen Säufer, die in den Trinkerasylen nach deren Zwecken untergebracht werden sollten?
6. Erscheint die Errichtung von Trinkerasylen und die Intention von Trunksüchtigen in denselben nach den bestehenden österreichischen Gesetzen als zulässig oder ist hiefür die Erlassung neuer gesetzlicher Bestimmungen und in welchen Richtungen erforderlich?
7. Reichen die Trinkerasyle mit den ihnen gesetzten Zwecken aus, um den grossen und vielfachen Uebeln, die von den

für diese Anstalten geeignet sein sollenden Säufern in physischer, geistiger und materieller Hinsicht angerichtet werden, zu steuern oder dieselben zu beheben?

8. Liesse sich den schädlichen Einflüssen, die durch Trunksüchtige, mit Delirium Behaftete, in die bestehenden Irrenanstalten hineingetragen werden und der notorischen Ueberfüllung dieser Anstalten durch solche Geisteskranke in der Art abhelfen, dass für dieselben bei den Irrenanstalten besondere Separationen (Pavillons) errichtet würden?

Im Nachstehenden folgt meine Beantwortung dieser Fragen:

Zu 1. Eigentliche Trinkerasyle, wie sie jetzt bestehen, sind Anstalten, welche Trunksüchtige, die Hilfe gegen ihre Krankheit und gegen ihre Leidenschaft suchen, aufnehmen, pflegen, behandeln und zu heilen suchen.

Sie bestehen nur auf Grundlage freiwilligen Eintrittes, können den Austritt, wenn er vorzeitig beabsichtigt wird, nicht hindern, sind eigentlich Anstalten gegen die Trunkleidenschaft in erster Linie; die Behandlung des organischen Leidens durch Alkoholvergiftung muss selbstverständlich dabei in unmittelbarem Zusammenhange mit der Bekämpfung der Trunksucht durchgeführt werden.

Die Heilung von der Trunkleidenschaft ist aber zumeist eine fragliche, die Geneigtheit, sich einer Entwöhnungscur zu unterziehen, eine seltene und meist nicht anhaltende, die Möglichkeit, eine ausreichend lange Zeit zur Entwöhnungscur zu verwenden, dabei eine seltene.

Die Neigung zur Benützung solcher Asyle findet sich mehr in gebildeteren oder vermöglicheren Ständen, wohl darum, weil diese nicht nur mehr Einsicht in den Schaden durch Trunksucht, sondern auch mehr Zeit und Mittel haben, eine Cur zu unternehmen; doch auch in diesen Kreisen unterzieht man sich nicht häufig einer eigentlichen Anstaltscur.

Zu 2 und 3. Um diese Frage zu klarer Entscheidung gegenüber der Verwirrung und den Missverständnissen, die in ihrer Beantwortung und Erwägung zu Tage treten, zu bringen, muss ich etwas weiter ausholen.

Trinkerasyle, wie sie theils als Privatunternehmungen, theils mit Zuhilfenahme der Wohlthätigkeit mit den unten geschilderten

Zwecken bestehen, sind wünschenswerth für Jene, die freiwillig Hilfe suchen und ausdauern, bis sie gebessert sind.

Da aber die Mehrzahl dieser Menschen wohl meist durch die Trunksucht willensschwach gegen die Verlockung zum Genusse geistiger Getränke, aber nicht geisteskrank im engeren Sinne des Wortes sind, so kann ihre persönliche Freiheit vom Standpunkte der heutigen Gesetzgebung nicht länger beschränkt werden, als etwa psychische Erkrankung besteht; es kann also selten ein Zwang zur Einbringung und Zwang zum ausreichend langen Verbleiben in einer Anstalt, wo sie von geistigen Getränken ferngehalten und entsprechend ihrem Zustande gepflegt und behandelt werden könnten, zur Anwendung kommen.

Im acuten Delirium, als Hallucinant oder mit anderen Irrsinnsformen wird der Trinker in das besprochene Asyl nicht aufgenommen, namentlich, wenn er stark aufgeregt und störend ist.

Anders steht es mit der nothwendigen wenn auch nur fragmentarisch bestehenden öffentlichen Thätigkeit gegen den chronischen Alkoholismus, der eine Folge der Trunksucht ist.

Die Trunksucht ist eine Leidenschaft, ein Laster, das selten ganz gebändigt, geheilt wird.

Sie setzt aber organische Folgen, die: *a*) das Individuum krank machen, organisch degeneriren, in seiner Leistungsfähigkeit mehr minder dauernd herabsetzen und diese zuletzt zerstören;

b) die von demselben stammende Generation geistig und körperlich verschlechtern, zum Siechthum geneigt machen, oder mit angeborenem geistigen oder körperlichen Siechthum belasten und so dieselbe vielfach zwingen, die öffentliche Wohlthätigkeit in Anspruch zu nehmen.

c) die Alkoholisirten, chronisch Vergifteten für ihre Umgebung durch hochgradige Reizbarkeit, schwere Leidenschaftlichkeit, und plötzlich auftretende Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen störend, hochgradig gefährlich in Sicherheits-, sittlicher und Eigenthumsbeziehung machen.

Je grösser die Zahl der an chronischem Alkoholismus Leidenden in einem Gebiete ist, desto mehr steigt proportionär allgemach die Zahl der Verbrechen, die Zahl der Gefährdungen der anderen Menschen, die Zahl der Siechen, Epileptischen, Taubstummen, blöd oder schwachsinnig Geborenen, die Zahl der von der öffentlichen Wohlthätigkeit zu Unterstützenden.

Ist die Trunksucht häufiger, steigt der Alcoholismus chronicus, so steigen mit ihm in — das allgemeine Wohl — gefährdender Weise die oben dargelegten schädlichen Folgen.

Nicht der tobsüchtige Trinker, der Delirant, der Verrückte aus Alkoholismus ist die grösste Gefahr; solche werden rasch in Krankenhäuser zur Heilung von der zeitweilig auftretenden offenen Geistesstörung gebracht; der anscheinend beruhigte Alkoholist ist die grössere Gefahr, so lange sein Nervensystem noch in stärkerem Masse an der Vergiftung leidet, er ist die grössere Gefahr, weil die gefährlichen Zustände latent sind, anscheinend schlummern, aber unvermuthet, ganz plötzlich, oft nach einem Schluck geistiger Getränke, nach geringfügiger Erregungsursache vulcanartig hervorbrechen, und weil in den anscheinend beruhigten Zeiträumen die Degeneration auf die Nachkommenschaft übertragen wird.

Ich kann nach meinen Erfahrungen und Versuchen, die ich schon als Secundararzt vor mehr als dreissig Jahren theils anstellen sah, theils selbst anstellte, nun kein anderes Mittel als Heil- oder, richtiger gesagt, Besserungsmittel von einigem Erfolge gegen die chronische Alkoholvergiftung und die Trunksucht bezeichnen, als lange Enthaltung von geistigen Getränken bei Arbeit, und zwar womöglich Arbeit im Freien, und bei sonstigen hygienisch zweckmässigen Verhältnissen.

Es muss demnach gesorgt werden, dass der mit chronischem Alkoholismus in höherem Grade Behaftete, welcher entweder durch Alkoholintoxication wiederholt psychisch krank geworden, oder der durch seine aus der krankhaften Nervenreizung hervorgegangenen Handlungen öfters mit der Gesellschaft, der öffentlichen Ordnung oder dem Strafgesetze in Conflict gekommen, der sich dann auch als gemeingefährlich nach Alkoholexcessen zeigt, insolange in einer Anstalt bei Arbeit unter hygienisch zweckmässigen Verhältnissen vom Genusse alkoholischer Getränke fern gehalten werde, bis sein Nervensystem sich soweit von der Vergiftung erholt hat, dass dasselbe wieder gegen erregende Einwirkungen psychischer Art, vor Allem aber gegen Reiz und Einfluss geistiger Getränke einen grösseren Grad von Widerstandskraft erlangt hat.

Die Zahl der Fälle, denen man den gewohnten Uebergenuss geistiger Getränke ganz abgewöhnt, wird immer eine

kleine bleiben. Eine grössere Zahl wird jedoch schon von jenen Fällen zu finden sein, welche längere Zeit gegen den Anreiz zum Trinken Widerstand leisten oder längere Zeit nur ganz mässig trinken. Ein Bruchtheil wird alsbald in das alte Laster rückfallen.

In den Irrenanstalten ist eine so lange Rückhaltung nicht möglich, einestheils, weil hier die Verpflegung theurer kommt, der anscheinend psychisch klar gewordene Kranke störend wird, und anderentheils, weil der an chronischem Alkoholismus Leidende für die Zeit ausser der Trunkeinwirkung dispositionsfähig und klar sein kann, und wenn er soweit in einer Irrenanstaltspflege gekommen ist, dort nach dem bestehenden öffentlichen Rechte nicht mehr rückgehalten werden darf, wenn er auch eine Gefahr für die Gesellschaft wird, sobald er trinkt. Nervenkrank bleibt er, psychisch wird er relativ gesund, d. h. soweit, dass er wieder dispositionsfähig erscheint.

Hierin liegt auch der Grund, dass Gewohnheitstrinker oftmals bei mässiger Intelligenzabschwächung durch ihr Leiden, gerichtlich als blödsinnig erklärt werden, damit sie unter Hut bleiben, da dieselben mit ihrer, durch ihr degenerirtes Nervensystem gesetzten Reizbarkeit und Willensschwäche alsbald nach Rückkehr in die Welt, dem Trunke verfallend, gemeingefährlich werden.

So werden die Anstalten überfüllt, da die Gesetzgebung gegen diese immer stärker anwachsende Gefahr noch nicht entsprechend vorgesorgt hat.

Zu 4. Die vierte Frage kann wohl nur jede Irrenanstalt für sich beantworten.

Es genügt nicht, die Procentzahlen der durch Alkohol Erkrankten aus dem Jahresberichte der statistischen Centralcommission für die einzelnen Länder und Königreiche Cisleithaniens zusammenzustellen, da die Alkoholintoxication als Krankheitsursache öfters nur bei den reinen Intoxicationen und nicht bei anderen Psychosen aufgeführt ist und weil die Alkoholeinwirkung oft mit anderen Krankheitsursachen zusammen auf Entstehung des Gehirnleidens einwirkt, jedoch nur eine von den anderen Ursachen verzeichnet wird.

Auch sieht man aus den Procentverhältnissen des Gesammtstandes nicht den richtigen Stand gegenüber Geschlecht sowie des

Anwachsens oder Abfallens, wie man dies bei der procentuellen Nachweisung gegenüber dem Zuwachse erkennen kann.

In hiesiger Anstalt, in welcher man, soweit möglich, sämmtliche Erkrankungsursachen in dem einzelnen Falle zu erheben bestrebt ist und sämmtliche in dem staatlich vorgeschriebenen Jahresausweise verzeichnet, stand als procentuelles Verhältniss gegenüber dem Gesammtstand der Kranken bei den an Alkoholismus Leidenden Folgendes:

Jahr	Verpflegt wurden	Davon durch Missbrauch geistiger Getränke Kranke	Entfallen auf 100 Kranke
1881	1263	212	16·78
1882	1404	249	17·73
1883	1459	369	24·68
1884	1392	334	23·99
1885	1539	388	25·21
1886	1560	361	23·14
1887	1680	410	24·40

Dagegen stand bei den männlichen Zuwächsen die Sache so:

Jahr 1885 männlicher Zuwachs an Alkoholismus 28 Procent.
„ 1886 „ „ „ „ 31·2 „
„ 1887 „ „ „ „ 34·2 „

Aber ausser diesen Fällen waren bei dem männlichen Zuwachse:

1885 19 Procent
1886 14 „
1887 21·3 „

durch Miteinwirkung des Uebergenusses geistiger Getränke geisteskrank geworden.

Bei den Frauen kommt die chronische Alkoholvergiftung auch, und zwar leider auch in jährlich steigendem Masse vor, ist aber gegenüber der Gesammtzahl der Aufnahmen und des Gesammtstandes sehr klein.

Es bedarf daher nach hiesigen Wahrnehmungen vor Allem das männliche Geschlecht besondere Fürsorge.

Wenn wir uns fragen: Wie viele der oben ausgewiesenen Kranken wären eines längeren Aufenthalts in einer eigenen

Anstalt für Trinker dringend bedürftig? so kann ich auf die Erhebungen des jetzigen Directors, respective Primararztes Dr. Tilkowsky, dass in der Wiener Irrenanstalt unter 417 am letzten December 1882 in der Anstalt verbliebenen männlichen Geisteskranken der sechste Theil Gewohnheitstrinker waren, hinweisen.

Ich selbst kann nach meinen Erhebungen angeben, dass von den an chronischem und acutem Alkoholismus in Wien zugewachsenen männlichen Kranken mindestens die Hälfte zum Theile eines längeren Aufenthalts in einer Anstalt für Trinker bedürfte, als ihnen in einer Irrenanstalt gewährt werden kann, oder zum anderen Theil bei rückgebliebener geistiger Abschwächung bei Arbeit billiger verpflegt werden könnte, als in einer Irrenanstalt.

Zu 5. Diese Frage kann nicht beantwortet werden, da keine Zählungen und fachgemässe Erhebungen vorliegen; dies muss für jedes Land besonders erhoben werden.

Zu 6. Um Anstalten für Trunksüchtige zur vollen Schutzleistung für Trunksüchtige und Gesellschaft auszubilden, um ihre Leistung nicht nur zu einer halben, nicht ausreichenden zu verkümmern, ist ein Gesetz nothwendig, welches unverbesserliche, gemeingefährlich gewordene Trunksüchtige zu einer, nach ärztlichem Gutachten in der Zeitfrist zu bestimmenden Anhaltung in einer für sie bestimmten Anstalt bei Arbeit und Abhaltung von geistigen Getränken verhält.

Die acuten Intoxicationen des Säuferwahnsinns, die Psychosen anderer Art gehören dorthin nicht, mit Ausnahme von mässigen Geistesabschwächungen durch chronischen Alkoholismus. Die vorbezeichneten Zustände sollen auch bei Bestand von Trinkerasylen in meinem Sinne in Irrenanstalten behandelt werden. Nach Ablauf derselben ist, wo nöthig, die Abgabe in ein Trinkerasyl einzuleiten.

Zu 7. Trinkerasyle in der hier dargelegten Art werden den Befallenen eine Hilfe bis zu einem gewissen Grade leisten, die Gesellschaft vor ihnen schützen, die Gemeingefährlichkeit der Alkoholisten mindern.

Der Trunksucht wird dadurch jedoch nur theilweise gesteuert.

Es ist ein System von Massregeln nöthig, um der Gefahr sich fortverbreitender Alkoholisation der Bevölkerung wirksam entgegenzutreten.

Dahin gehören die Einschränkung und weitgehendste Ueberwachung der Schankstätten von Branntwein, die genaueste Ueberwachung der Reinheit des Branntweins, die Verbilligerung des Bieres, als schwächsten alkoholhältigen Getränkes bei Sorge gegen Verfälschung und Beisatz stark narkotischer Stoffe, die Verbilligerung des Kaffees, die Belehrung der Bevölkerung, und zwar durch Schule und Einwirkung auf die Erwachsenen, die strenge Bestrafung von Rauschexcessen, die Bestrafung von mittelbarer und unmittelbarer Verleitung zum Trunk, von Verabreichung geistiger Getränke an Unmündige oder Betrunkene, die Entwerthung der Zechschulden u. s. f.

Es ist aber hier mit Energie hervorzuheben, dass alle diese Massregeln, um ganz zu wirken, auch der Anstalten für Trunksüchtige und der zwangsweisen Anhaltung der gemeingefährlichen Alkoholisten in denselben zu ihrer Ergänzung bedürfen.

Eines wäre ausserdem als bestes, doch nicht allein genügendes Mittel zu erwähnen, das wir leider nur fragmentarisch und ungenügend zur Geltung bringen können: die ausgiebige Sorge, dass sich auch die Armen ausreichend ernähren können; denn schlechte Ernährung treibt behufs Erzeugung von Wärme und Bekämpfung der Erschlaffung des Nervensystems zum Genusse geistiger Getränke.

Eine Beseitigung aller geistigen Getränke ist nicht blos aus socialen, sondern auch aus physiologischen Gründen nicht möglich.

Viele Menschen bedürfen überhaupt oder wenigstens bei vermehrten Leistungen des Anreizes und der Erwärmung durch mässige Mengen von Alkohol.

Zu 8. Bei bestehenden Irrenanstalten ist die Unterbringung von Alkoholisten innerhalb der Anstalt, wenn auch in gesonderten Gebäuden, keine Abhilfe, denn es ist nicht zu vermeiden, dass mindestens bei der Arbeit diese Personen mit den anderen Kranken zusammenkommen und störend einwirken.

Die Deliranten, die schweren Psychosen, wenn auch aus Alkoholintoxication, gehören, wie oben auseinandergesetzt wurde, in die Anstalt und stören dort nicht mehr, als andere Geisteskranke.

Die im Ablauf der geistigen Störung begriffenen Fälle, oder die geistig klar gewordenen, aber in ihrem Nervensystem noch schwer zerrütteten Fälle, diese sind die störenden Kranken, trotzdem sie meist die besten Arbeiter unter den Kranken sind; sie sind das schwer zu beaufsichtigende, zur Opposition geneigte Element, welches alle Freiheiten beansprucht, die anderen Kranken gewährt werden, sie am häufigsten missbraucht, das alle Zubussen anderer Kranken will und nie zufrieden ist, das auch häufig am meisten Roheit in die Anstalt einschleppt.

Sie sollen also ausser Berührung mit den anderen Kranken sein.

Wenn weiter die Gesetzgebung einmal gestattet, dass auch gerichtlich dispositionsfähig erkannte, gemeingefährliche Trunksüchtige in Besserungsanstalten für Trinker, eigentlich für chronischen Alkoholismus gebracht werden, dann können derartige nicht in die Irrenanstalt kommen, die ja nur Geisteskranke aufnehmen darf.

Dagegen kann sich in nicht zu grosser Entfernung an eine Anstalt gleichsam als Filiale oder Colonie ein Asyl in der hier besprochenen Art anlehnen.

Ein Trinkerasyl in unserem Sinne bedarf der Arbeit im geschlossenen Raum und solcher im Freien. Es soll alles das für Pflege Nothwendige, aber in einfachster Form bieten, es soll durch die Arbeit der Verpflegten mindestens ein Theil der Verpflegskosten eingebracht werden. Es soll billige Einrichtung und Regie haben.

Das wäre am besten auf dem Lande durch Ankauf eines Land- oder Bauerngutes zu erreichen.

Die Anstalt braucht aber eine fachgemässe Beaufsichtigung der Verpflegten bezüglich des Nervenleidens, des Grades der Arbeitsfähigkeit und der intercurrirenden psychischen und physischen Erkrankungszustände.

Lehnt sie sich an eine Irrenanstalt an, so kann die fachgemässe Leitung von dort besorgt werden; wenn nicht, so müsste ein Arzt die Leitung haben, dem ein Verwaltungsbeamter zur Seite steht.

Referate.

Zur **Kenntniss der Störungen im Oberflächenwachsthume des menschlichen Grosshirns.** II. Mittheilung von Dr. G. Anton, Assistenten der psychiatrischen Klinik des Hofrathes Prof. Meynert in Wien.

Der Autor hat in dieser Mittheilung drei weitere Fälle von gestörtem Oberflächenwachsthum mit Krankengeschichte und genauem anatomischen Befunde zugänglich gemacht, die er im pathologisch-anatomischen Institute von Prof. Chiari in Prag zur Untersuchung erhalten hatte. In den beiden ersten Fällen bestand Mikrogyrie umschriebener Gehirnabschnitte neben Porencephalie. Der dritte Fall zeigte Heterotopie grauer Substanz, welche sich wohl in einem Theile ihrer Verbreitung durch Abschneiden in die Tiefe gedrängter Rindenabschnitte erklären liess, an anderen Stellen, z. B. im Balken und entlang der Ventrikelwandung mit dem Hydrocephalus in Zusammenhang gebracht wird. Dieser Fall und einer der ersten Mittheilung boten zugleich ein Beispiel vom Erhaltenbleiben einer sonst schwindenden frontalen horizontalen Furche des Fötus.

Die sorgfältige Beschreibung unter Besprechung der in der Literatur vorliegenden Deutungen muss im Originale eingesehen werden. R. von Pfungen.

Die **im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopfaffectionen.** Separatabdruck aus dem Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten von Dr. J. Gottstein, Docent an der Universität Breslau. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1888.

Der Autor hat in gründlicher Darstellung die vorliegenden Thatsachen über den Zusammenhang von anatomischen Erkrankungen des Nervensystems mit Kehlkopfaffectionen zusammengetragen. Das Materiale ist in leicht überschauliche Gruppen gebracht, als Kehlkopfaffectionen 1. bei cerebralen Erkrankungen, als Blutungen, Er-

weichungen, Hirntumoren, bei progressiver Bulbärparalyse, bei Pseudobulbärparalyse, dann bei der multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks, bei Gehirnsyphilis; 2. bei spinalen Erkrankungen, unter denen insbesondere der Hinterstrangssklerose ein breites Capitel gewidmet ist, weiter bei amyotrophischer Lateralsklerose und bei progessiver Muskelatrophie, Railwayspine und Chorea.

Was hier sehr mühevoll gesammelt ist, macht recht klar, wie viel noch durch zahlreiche Einzelbeobachtungen dazu zu fügen bleibt. Sind doch sowohl die klinischen Erfahrungen vielfach noch ungenügend zu einer vollen Uebersicht und auch manche theoretische Fragen erst endgiltig zu lösen. Möge die schöne Schrift zu reichlicherer Bethätigung auf diesem Nachbarfelde der Neuropathologie anregen. R. von Pfungen.

Del delirio sensoriale acuto. Studio clinico del Dott. Augusto de Luzenberger, Vice-Direttore medico nel Manicomio Interprov. V. E. II in Nocera Inferiore. Tipografia del Manicomio.

L. bespricht die Symptomatologie, Differentialdiagnostik, Verlauf und Ausgang der acuten hallucinatorischen Verworrenheit Meynert's mit Anführung reicher Citate der Literatur und von Krankengeschichten, die seiner eigenen Beobachtung an der psychiatrischen Klinik in Wien entstammen. Bei der zögernden Anerkennung, welche die Aufstellung dieser natürlichen Gruppe erfahren, ist wohl eine jede Anregung erwünscht, welche eine sachliche Begründung und Verallgemeinerung dieser wichtigen Reform der Psychiatrie anstrebt.
P.

Simulazione di convulsioni, amnesia ed incoerenza in un pazzo morale. Perizia medico-legale del Dott. Augusto de Luzenberger, Vice-Direttore medico del manicomio interprovinciale V. E. II. Nocera Inferiore. Tipografia del Manicomio 1888.

Der Autor schildert einen schwachsinnigen Kranken, der in der Kindheit an Epilepsie gelitten, weiter als Originärer jedem erziehlichen Einflusse Trotz geboten hat und durch Conflicte mit dem Criminal sich zur Simulation von epileptischen Anfällen, einer Amnesie seiner Delicte, Farbenblindheit, mancherlei Wahnideen und deliriöser Verworrenheitszustände bestimmen liess, andererseits durch kleine Behaglichkeiten, insbesondere durch Rauchrequisiten, sofort mit seiner Detinirung sich versöhnen liess, nachdem er eben die Entlassung stürmisch verlangt hatte. P.

Koch, kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie, mit besonderer Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Studirenden, der praktischen Aerzte und der Gerichtsärzte. Ravensburg, Verlag der Dorn'schen Buchhandlung, 1888.

In gedrängter Kürze und dem Zwecke des Büchleins entsprechend, behandelt Koch aus rein praktischen Gesichtspunkten und fussend auf seine langjährige Erfahrung als Director der Irren-

anstalt Zwiefalten das Wichtigste und Nothwendigste aus dem Gebiete der Psychiatrie zum Gebrauche für die ärztliche Praxis. Wenn auch — wie Verf. selbst erklärt — mit einem derartigen Leitfaden die ausführlicheren Lehrbücher keinesfalls verdrängt und entbehrlich gemacht werden sollen, so mag immerhin einem praktischen, in ärztlichen Kreisen empfundenen Bedürfnisse hiermit Rechnung getragen werden; ein derartiges Bedürfniss wird — so lange die Psychiatrie nicht Gemeingut aller Aerzte geworden und schon in den Studienplan als obligater Lehrgegenstand aufgenommen sein wird — immer vorhanden sein. Was Koch als Aufgabe sich gestellt, ist in dem Leitfaden in sehr befriedigender Weise gelöst. Es sind nicht nur die wichtigsten Capitel, namentlich über allgemeine Aetiologie, Diagnostik und Symptomatologie klar und präcise abgehandelt, Verf. hat auch eine gerade für praktische Zwecke vereinfachte, im Grossen und Ganzen auch innerlich berechtigte Eintheilung gewählt, nach der er Idiotie und Irrsinn auseinander hält und als Abstufungen des letzteren idiopathische, constitutionelle, endlich organische Psychosen unterscheidet.

Die Schilderung der einzelnen Formen dehnt sich übrigens bis auf die neuesten Errungenschaften der Psychiatrie aus und bewegt sich ganz und gar auf dem Boden klinischer Erfahrung. Hierdurch — insbesondere aber durch eine sehr zutreffende Bearbeitung der von Koch mit dem Namen „psychopathische Minderwertigkeiten" belegten psychischen Abnormitäten, zufolge deren die Individuen wohl nicht eigentlich geisteskrank, immerhin aber nicht im Vollbesitze geistiger Normalität und Leistungsfähigkeit erscheinen, gewinnt die Arbeit Koch's entschieden an praktischem Werth, gleichwie durch sehr beachtenswerthe Winke für die gerichtsärztliche Begutachtung der abnormen psychischen Zustände ihre Anwendbarkeit für die forensische Praxis in sehr zweckmässiger Weise gefördert erscheint. F.

v. Krafft-Ebing. Psychopathia sexualis, mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1888.

Die Beziehungen des Sexuallebens zu dem weiten Gebiete der Neuro- und Psychopathologie finden in dem angeführten Buche ebenso klare wie sachliche Erörterung. Verf. schickt der ganzen Abhandlung einige Fragmente einer Psychologie des Sexuallebens voran, geht über auf die Besprechung der wichtigsten physiologischen Thatsachen, um dann der eigentlichen Aufgabe — der Schilderung der mannigfachen Abweichungen und krankhaften Richtungen des Sexuallebens unter Beigabe zutreffender Krankheitsgeschichten, sowie der Bedeutung derselben im Rahmen der verschiedenen Psychosen sich zuzuwenden, endlich auch die verschiedenen sexuellen Verirrungen und Delicte in forensischer Hinsicht

zu beurtheilen. Besonders eingehend und durch eine ausgewählte Collection einschlägiger Fälle illustrirt — erscheint in der gegenwärtigen Auflage das Capitel der conträren Sexualempfindung abgehandelt. Sowohl für den praktischen Arzt, als insbesondere für den Gerichtsarzt wird das kleine Buch ein willkommener Wegweiser sein; der Name des Autors, die Wichtigkeit des bisher wissenschaftlich und forensisch nur wenig gewürdigten Gegenstandes genügen, das nach kurzer Spanne Zeit schon in 3. Auflage erschienene Buch jedem Arzte zum Studium anzuempfehlen. F.

Gerichtlich medicinische Fälle und Abhandlungen von Dr. H. Ortloff. Heft IV. **Mörder im Kindesalter. Moralischer Defect?** Zwei Rechtsfälle, dargestellt von Amtsrichter Mau in Sonderburg; ein dritter Fall bearbeitet von Dr. A. Krauss, Oberamtsarzt in Tübingen. Berlin 1888, Siemenroth & Worms.

Die hierin mitgetheilten Fälle sind in der That angethan, besonderes Interesse zu erregen; muss das Vorkommen derartiger Verbrechen bei kindlichen Individuen an sich schon in hohem Grade auffallen, so bieten solche Vorkommnisse insbesondere für die Beurtheilung ihres etwaigen Zusammenhanges mit moralischen Defectzuständen, oft recht belehrende und wichtige Gesichtspunkte. Die Lehre vom sogenannten moralischen Irresein ist auch gegenwärtig noch zu keinem befriedigenden Abschluss gelangt und es ist gar nicht zu leugnen, dass schon die verunglückte Bezeichnung an sich nur geeignet ist, schon im Vorhinein berechtigte Bedenken zu erregen; allzu nahe liegt die Gefahr, im Einzelfalle auf Grund blosser Aeusserlichkeiten und zufälliger Uebereinstimmung mit einzelnen empirisch festgestellten Zügen den Kern der Sache zu übersehen und Irrsinn dort schon zu vermuthen, wo lediglich moralische Verkommenheit, sittliche Verwahrlosung besteht. Immoralisches Handeln kommt als Irrsinnssymptom verschiedenartigen psychischen Krankheitsprocessen zu; es kann auch in ätiologischer Hinsicht eine nicht unwichtige Rolle spielen, insofern unsittliche Lebensführung den Keim zur Entwicklung von Irrsinn legen kann. Immer wird die Aufmerksamkeit des Sachverständigen bei Beurtheilung solcher Fälle, die mit sogenannter moral insanity in Zusammenhang gebracht werden könnten, darauf gerichtet sein müssen, ob nach allgemein diagnostischen Gesichtspunkten das Unmoralische im Gebaren eines Individuums als Theilerscheinung eines psychopathischen Zustandes aufzufassen sei oder nicht. Ein einseitiges Vorgehen im diagnostischen Verfahren kann naturgemäss sehr leicht zu Irrthümern führen; das Hervortreten schlechter Charaktereigenthümlichkeiten schon in der Kindheit, das Zusammentreffen mit belastenden, hereditären Momenten, Gemüthlosigkeit, Mangel an Reue und derlei Züge, die sich im Krankheitsbilde moralisch Irrsinniger recht oft zusammenfinden, reichen zur sicheren Fundirung eines Gutachtens in diesem Sinne gewiss nicht aus; mit vollem Grunde werden hierzu auch eigen-

artige intellectuelle Störungen herangezogen. Die vorliegende Schrift nimmt gerade vom differentialdiagnostischen Gesichtspunkte aus lebhaftes Interesse seitens der Aerzte und Juristen in Anspruch, indem sie die betreffenden forensischen Fälle sowohl vom rein ärztlichen Standpunkte einer Kritik unterzieht, als auch in strafprocessualer Hinsicht eingehend würdigt; insbesondere der erstgeschilderte Fall der 12jährigen Raubmörderin Marie Schneider in Berlin, der schliesslich dem Reichsgerichte vorgelegt worden, darf als ein sehr belehrendes Beispiel angesehen werden für die Richtung, der die ärztliche Begutachtung zu folgen hat, um mit den Anforderungen der gesetzlichen Bestimmungen nicht in eclatanten Widerspruch zu gerathen. Dem aufmerksamen Leser wird aber auch nicht entgehen, wie leicht durch mögliche Lücken im Gesetze oder durch allzu buchstäbliche Deutung gesetzlicher Bestimmungen einerseits, nicht minder durch ungebührliche oder willkürliche Ausdehnung des Begriffes „psychischer, resp. intellectueller Defect" andererseits der unbefangenen Beurtheilung erhebliche Hindernisse bereitet werden können. Wir können die Lectüre des genannten Heftes den betheiligten Kreisen nur anempfehlen. F.

Der **Rechtsschutz der Geisteskranken** auf Grundlage der Irrengesetzgebung in Europa und Nordamerika. Mit den inländischen Gesetzen, dann den ausländischen im Originaltexte, wie in Uebersetzungen. Von Hermann Reusz, königl. bayerischer Bezirksamts-Assessor. Leipzig, Druck und Verlag der Rossberg'schen Buchhandlung 1888. Ladenpreis 9 Mk.

In jedem geordneten Staatswesen musste das Bedürfniss nach einer gesetzlichen Regelung des Irrenwesens sich herausbilden. Mochten auch die hierzu eingeleiteten Versuche den mannigfachsten Schwierigkeiten begegnet, mochte oft genug die Meinung sich geltend gemacht haben, es sei gerathener, jener Frage überhaupt nicht allzu nahe zu rücken und mit einem dürftigen Ausmass von schon bestehenden Verordnungen sich zu bescheiden, so haben dennoch da und dort die Verhältnisse immer mehr und unaufhaltsam zur Schaffung bestimmter Irrengesetze gedrängt. Aus langen Kämpfen heraus konnten erst nach und nach brauchbare Grundlagen gewonnen werden; lag ja doch bis in die neueste Zeit Beurtheilung und Behandlung der Irren in trauriger Finsterniss. Erst mit der Klärung dieses dunklen Gebietes mussten sich naturgemäss allmählich praktisch wichtige Gesichtspunkte ergeben auch hinsichtlich der Rechtsverhältnisse geisteskranker Personen. — Es ist nun ein unbestreitbares Verdienst des Autors, die zahlreichen einschlägigen Fragen betreffend den Rechtsschutz von solchen Kranken nicht nur klar und übersichtlich, sondern auch eingehend und in sehr sachlicher Weise behandelt zu haben; eine Bearbeitung dieses Gegenstandes von juristischer Seite könnte leicht der Vorwurf der Einseitigkeit treffen — ein Vorwurf, vor dem der Autor durch sorgfältige Rücksichtnahme

auch auf die nothwendigen medicinischen Gesichtspunkte völlig frei sich gehalten hat. Um so schätzenswerther erscheint dadurch die Gesammtleistung, insoferne Beweisführung und Formulirung neben eindringlicher Schärfe auch eine glückliche Uebereinstimmung in den Forderungen der einschlägigen Disciplinen aufweisen. Nach möglichst scharfer Umgrenzung der Aufgabe beleuchtet Verf. von dem breiten Boden des geschichtlichen Entwickelungsganges aus den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in den einzelnen Staaten. — Es finden sich nacheinander abgehandelt die einzelnen Gesetze in Belgien, in Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Holland, in der Schweiz, in Skandinavien, ferner das Gesetz des Staates New-York, endlich der italienische Entwurf. — In dem folgenden 3. Capitel „de lege ferenda" befasst sich Reusz nach Aufstellung einer Reihe der wichtigsten Axiome zunächst mit der Definition der Geisteskrankheit, wobei er unter kritischer Würdigung der wichtigsten bisherigen Versuche allerdings zu dem nur negativen Ergebnisse gelangt, dass eine entsprechende, allgemein anerkannte Definition kaum möglich sei, andererseits aber den Werth einer sicheren und nicht verzögerten Praxis betont, die sich für Zwecke eines Irrengesetzes lediglich auf die Beantwortung der Frage beschränkt, ob im gegebenen Falle im Sinne der ärztlichen Wissenschaft Geisteskrankheit vorliege oder nicht. — Einem Ueberblicke über die Ergebnisse der Irrenstatistik in verschiedenen Ländern schliesst Verf. die Frage an nach dem Bedürfnisse eines Irrengesetzes — das er in dreifachem Sinne als ein Schutzbedürfniss bezeichnet — für die Kranken, für die Aerzte und für die menschliche Gesellschaft. Nach diesen Vorbemerkungen wendet sich Verf. der eigentlichen Aufgabe zu, um darzuthun, in welcher Art die gesetzliche Regelung des Irrenwesens vorzunehmen sei; er legt zunächst den Entwurf eines Einführungsgesetzes sammt Erläuterungen vor, um dann in zehn Abschnitten das Irrengesetz selbst abzuhandeln. Wir müssen uns darauf beschränken, die Anordnung, in der Verf. den ganzen Stoff eingereiht hat, wiederzugeben, wie folgt: „Allgemeine Bestimmungen, Errichtung und Schliessung von Anstalten, Aufnahme in die Anstalt, Entlassung aus der Anstalt, Irre in Familienpflege, die Aufsicht über die Anstalten und Geisteskranken, Rechtsfähigkeit der Geisteskranken, Rechtsmittel und Verfahren hierbei, Kosten und Gebühren, Strafbestimmungen". Die einzelnen Gesetzesformeln finden nun in einem folgenden Abschnitt ihre Erläuterung.

Eine grosse Reihe von praktisch höchst wichtigen Fragen unterzieht Verf. hierin einer eingehenden und objectiv gehaltenen Erörterung; mit grosser Umsicht und Sachkenntniss wird, was immer zu dem angeregten Gegenstande Bezug hat, in den Kreis der Betrachtung gezogen; strenge Kritik und consequente Durchführung bilden Hauptvorzüge der an sich klar gehaltenen Darstellung und wird das Buch Allen, die für die berührten Fragen sich interessiren,

eine reiche Fülle von Anregung bieten und durch die überschauliche Abrundung seines Inhaltes ein gewiss dankenswerther Führer sein dessen Wert durch die das Schlusscapitel füllenden, dem Wortlaute nach wiedergegebenen in- und ausländischen Gesetze einschliesslich der neuesten Gesetzentwürfe eine nur willkommene Steigerung erfährt. Fr.

Die **Irrenbehandlung und Irrenpflege** vor 50 Jahren in Bayern und deren Fortschritte bis in die Gegenwart. Eine historische Studie von Dr. Carl Kraus, München. Jos. Const. Finsterlin. 1888. Preis 2 Mk.

Vorliegendes Büchlein behandelt in historischer Entwickelung einen wichtigen Theil des gesammten Irrenwesens; in einem ersten Theil finden sich alle jene Anstalten in Bayern und deren Einrichtungen verzeichnet, die bis vor 50 Jahren zur Unterbringung von Irren in Verwendung standen, und werden im Anschluss daran auch die verschiedenen Behandlungsmethoden aus damaliger Zeit, die jetzt allerdings nur mehr ein historisches Interesse bieten, detaillirt geschildert. — Eine erfreuliche Wendung auf dem bezeichneten Gebiete markirt Verf. seit ungefähr fünf Decennien mit der Gründung von eigenen Heil- und Pflegeanstalten, die heute noch als gemischte Anstalten bestehen; nur die Anstalt Gabersee als landwirthschaftliche Colonie der Münchener Irrenanstalt ist nach dem Muster der belgischen Irrencolonie Gheel und der Anstalt Alt-Scherbitz in Sachsen zur freien Behandlung Irrer seit dem Jahre 1883 errichtet. Die Details hierüber finden sich im zweiten Theil der Schrift, gleichwie auch hier die moderne Behandlung, wie sie gegenwärtig in den dortigen Anstalten geübt wird, eingehende Erörterung erfährt. Jedenfalls stellt das Büchlein einen interessanten Beitrag dar zur Geschichte des Anstaltswesens überhaupt und wird auch ausserhalb der Grenzen Bayerns von Allen, die für das Irrenwesen sich interessiren, mit Befriedigung gelesen werden. F.

K. k. Hofbuchdruckerei Carl Fromme in Wien.





